

Wie doet het met wie in de zorg?

Het jaarlijkse overzicht van
bestuurlijke samenwerking
tussen Nederlandse ziekenhuizen

Editie 2014

kpmg.nl
kpmgplexus.nl
meijburg.nl

Capitum selectum
Financiering van de zorg



Inhoudsopgave

	Inleiding	4
	Leeswijzer	6
1	Bestuurlijke samenwerking in de zorg: veranderingen in het landschap	8
	1.1 Bestuurlijke samenwerking hoog op de agenda	9
	1.2 Het einde van het fusietijdperk raakt in zicht...	10
	1.3 ...maar door overnames blijven er zelfstandige ziekenhuizen verdwijnen	13
	1.4 Bestuurlijke indikking heeft nog beperkte gevolgen voor het zorgaanbod	13
	1.5 We doen het vooral om redenen van kwaliteit, maar steeds vaker ook om financiële redenen	13
	1.6 Wie betaalt, bepaalt wie het met wie doet in de zorg	16
	1.7 Samenwerking met andere zorgaanbieders	17
2	Bestuurlijke samenwerking in de zorg: van vrijheid naar realiteit	18
	2.1 De weerbarstige praktijk van bestuurlijke samenwerking	19
	2.2 Locatieprofielen: zo vast als een huis	22
	2.3 Alternatieve vormen om tot vruchtbare samenwerking te komen	26
3	Creating value through hospital collaboration	28
	3.1 Form follows function: defining added value	29
	3.2 What's in a name: different forms of hospital collaboration	30
4	Capitum selectum: financiering van de zorg	32
	4.1 Ontwikkelingen in de financiële sector	33
	4.2 Ontwikkelingen in de ziekenhuissector	33
	4.3 Financiering van de ziekenhuissector	38
	4.4 Wat is nodig om de zorgsector financierbaar te houden?	42
5	Tien conclusies	44
6	Verantwoording	48

Bijlagen

Inleiding



Fuseren is niet altijd de heilige graal. Dat is op zijn minst een opvallend statement als start van onze jaarlijkse publicatie over samenwerking. Het is wel de realiteit.

2014 was een bewogen jaar voor veel ziekenhuizen in Nederland. Het eerste jaar waarin het nieuwe stelsel met prestatiebekostiging volledig in werking was. Ziekenhuizen zijn voor hun financiële basis afhankelijk geworden van de uitkomsten uit de onderhandelingen met de zorgverzekeraars en het zorggebruik door hun patiënten. De consequenties daarvan zien we terug in de resultaten van ons jaarlijkse onderzoek naar samenwerking tussen ziekenhuizen in Nederland.

Het is niet zonder reden dat één van onze hoofdstukken als titel draagt 'van vrijheid naar harde realiteit'. Die titel kenschetst het meest duidelijk de kentering die gaande is in het ziekenhuislandschap. Het onderwerp bestuurlijke samenwerking staat nog steeds prominent op de agenda van de ziekenhuisbestuurders, maar het karakter van de samenwerking begint sterk te veranderen. Opmerkelijk is bijvoorbeeld het aantal 'samenwerkingsverbanden' waarbij minder keuzevrijheid in het spel is. Opmerkelijk is ook de toegenomen rol en invloed van zorgverzekeraars en banken bij de samenwerking tussen ziekenhuizen.

De realiteit van een fusie is een taai proces en het kost bestuurders vaak moeite de fusie tot bloei te brengen. Zijn de doelstellingen bij de start vaak helder, in de praktijk zijn ze niet zo eenvoudig te realiseren. Niet alleen de bestuurders geven dat aan, we zien het zelf ook terug in het beperkte aantal veranderingen in locatieprofielen. Langzaam begint het besef te ontstaan dat fuseren niet altijd de heilige graal is. Het verzilveren van de meerwaarde vergt veel - bestuurlijke - aandacht en energie. Terwijl door - financiële - druk de noodzaak om de meerwaarde te verzilveren toeneemt. Daarmee is het tijd om de vraag te stellen of een fusie altijd de meest geëigende vorm van samenwerking is. We hebben internationaal een aantal 'better practices' van samenwerking in kaart gebracht die een alternatief kunnen bieden.

Anna van Poucke

Voorzitter KPMG Gezondheidszorg
Partner, Sectorleider Ziekenhuizen KPMG Plexus

In deze rapportage besteden we bijzondere aandacht aan financieringsvraagstukken van ziekenhuizen. Door de veranderingen in het stelsel, de afname in reguleringszekerheid en de lage winstmarges, ontstaat er meer financiële onzekerheid voor de sector. We zien in de praktijk de continuïteitsrisico's van ziekenhuizen sterk toenemen. Dit vraagt om meer kritisch vermogen van bestuurders en toezichthouders bij het beoordelen van financieringsvraagstukken. Tegelijkertijd is ook het realiseren van gelijke gerichtheid tussen externe en interne stakeholders van belang om traditionele en nieuwe financiers blijvend te kunnen overtuigen.

We hebben dit jaar een kleine afwijking van onze traditie ingezet. Om de blik te verruimen is ons samenwerkingsonderzoek dit jaar naar het Verenigd Koninkrijk uitgebreid. Waar relevant geven we een inkijk in de ontwikkelingen in samenwerking bij onze overburen.

De observaties en de conclusies in dit rapport zijn voor een groot deel gebaseerd op openbare bronnen en ervaringen in onze audit-, belasting- en adviespraktijk. Daarnaast is wederom een enquête onder ziekenhuisbestuurders gehouden. Zonder hun medewerking en de bereidheid van enkelen om door middel van verdiepende gesprekken verder op de zaken in te gaan, was het niet mogelijk geweest deze rapportage samen te stellen. Wij zijn hen veel dank verschuldigd.

Wij kijken er naar uit om de uitkomsten en de trends die wij zien ook dit jaar weer met u te mogen delen. Het is immers de dialoog met alle betrokkenen die ons in staat stelt de zoektocht te ondernemen naar de beste manier waarop we het Nederlandse zorglandschap kunnen inrichten. Wij zien er naar uit dat in 2015 weer samen met u te mogen doen.

Ferdinand Veenman

Sectorleider Banken en Hoofd Financieringspraktijk
Partner, Corporate Finance KPMG

A green tractor with yellow wheels is pulling a green machine through a field of colorful tulips. The tulips are in rows, with red, purple, and orange flowers visible. The tractor is moving from left to right. The background shows a green field and a white stone wall.

Leeswijzer

In deze derde editie van 'Wie doet het met wie in de zorg?' richten we ons met name op fusies en coöperaties, maar ook op overnames als nieuw verschijnsel in deze sector.

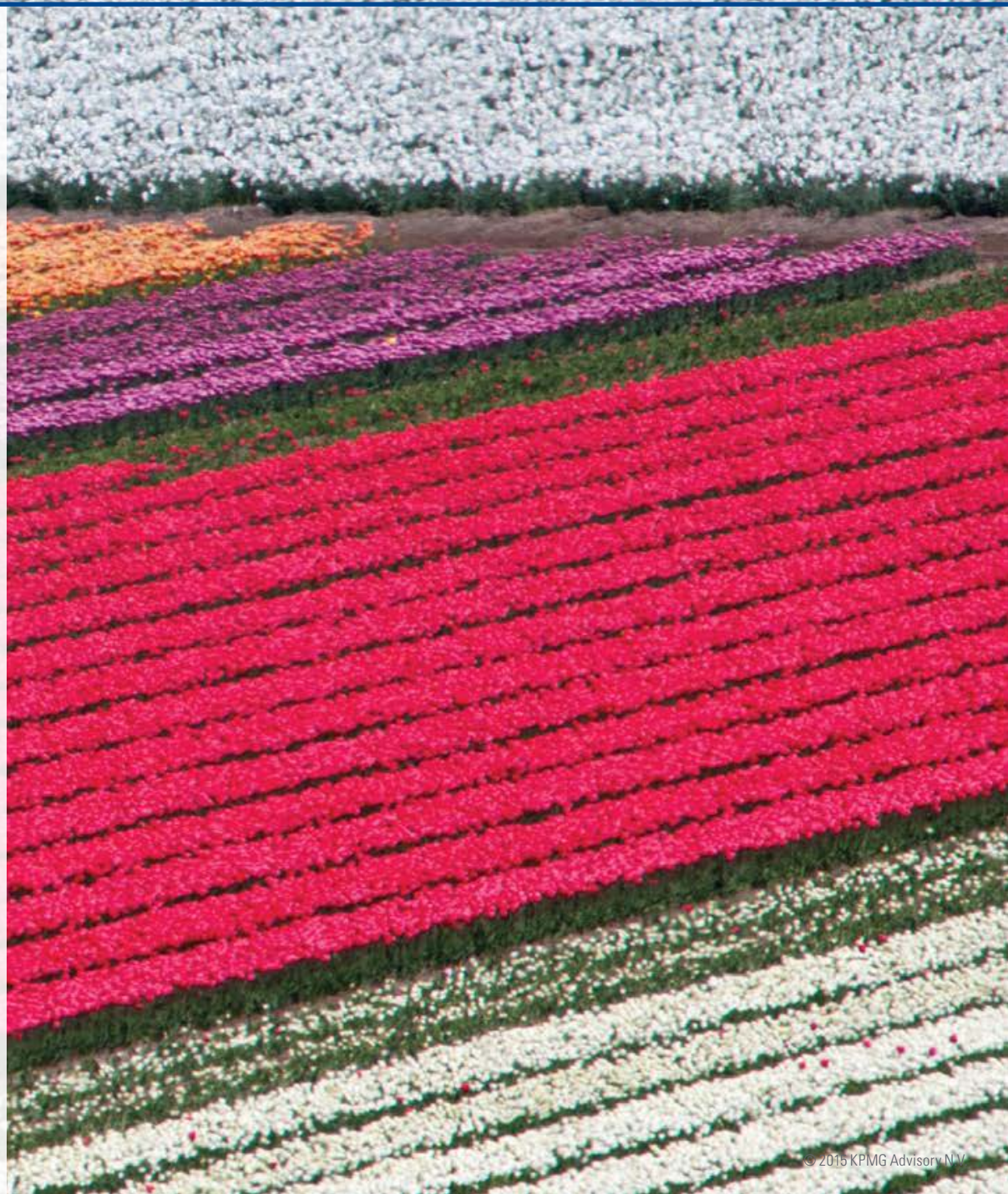
In het eerste hoofdstuk beschrijven we hoe het ziekenhuislandschap is veranderd en in de nabije toekomst naar verwachting zal veranderen als gevolg van nieuwe bestuurlijke samenwerkingsverbanden. Bovendien schetsen we de gevolgen hiervan voor het aantal zorglocaties in Nederland en gaan we in op de strategische redenen die ten grondslag liggen aan bestuurlijke samenwerkingen. En op de invloed die externe partijen als zorgverzekeraars, banken en toezichhouders hebben op het tot stand komen van nieuwe samenwerkingsverbanden.

Hoofdstuk 2 is gewijd aan de weerbarstige praktijk na de fusie. Hoe goed slagen ziekenhuizen erin hun doelstellingen en verwachtingen ten aanzien van samenwerking daadwerkelijk te verzilveren? We benoemen een aantal barrières die ziekenhuizen daarbij ondervinden en geven een aanzet voor het overwinnen van die barrières. En voor situaties waarin fusies niet de aangewezen manier lijken om bestuurlijke samenwerking tussen ziekenhuizen tot bloei te brengen, schetsen we alternatieve oplossingsrichtingen.

Het derde hoofdstuk is geschreven vanuit een internationaal perspectief en gaat verder in op alternatieve vormen van samenwerking. In het hoofdstuk wordt de verwachte toegevoegde waarde van samenwerking gelinkt aan de vorm. Voor iedere vorm geven we een aantal internationale voorbeelden.

Het thema van het capitulum selectum in deze editie is financiering, waarbij we met name ingaan op de financiering van vastgoed. Recente ontwikkelingen in zowel de financiële wereld als de zorgsector zelf maken vastgoedfinanciering in de zorg in toenemende mate tot een uitdaging.

In hoofdstuk 5 presenteren we een tiental conclusies die zich gezamenlijk ook als samenvatting van dit rapport laten lezen.



An aerial photograph of a coastal landscape. In the foreground, there are large, rectangular agricultural fields in various colors: green, yellow, and red. A road or canal runs diagonally through the fields. In the background, a line of wind turbines stands on a grassy ridge overlooking the sea. The sky is overcast.

1 Bestuurlijke samenwerking in de zorg: **veranderingen in het landschap**

Ziekenhuisbestuurders zoeken nog volop de onderlinge samenwerking. Het karakter van die samenwerking verandert alleen wel. We voorzien het einde van de huidige fusiegolf, maar voorspellen ook dat de indikking van de sector daarmee niet voorbij is. We verwachten dat via overnames het aantal zelfstandige ziekenhuizen verder zal blijven afnemen. Waar de huidige samenwerkingsverbanden eerder vaak op basis van vrijwilligheid zijn gebaseerd, zullen toekomstige overnames veelal uit financiële nood geboren worden.

1.1 Bestuurlijke samenwerking hoog op de agenda

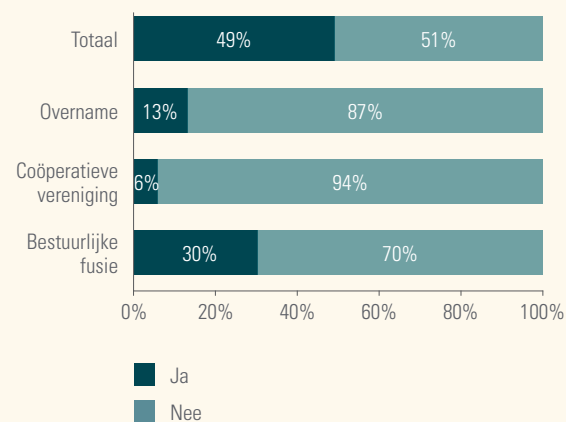
Voor ziekenhuisbestuurders blijft bestuurlijke samenwerking een belangrijk thema. Sinds april 2013 (de peildatum van de vorige editie) is bijna de helft (49%) van alle besturen betrokken geweest bij een vorm van bestuurlijke samenwerking (zie figuur 1). De meest gekozen vorm daarvoor is een fusie (30%), in slechts twee gevallen werd een nieuwe coöperatie opgericht.

Van de bestuurlijke samenwerkingen die in april 2013 in voorbereiding waren of sindsdien zijn gestart is bijna de helft (48%) inmiddels geëffectueerd in een bestuurlijke fusie (zie figuur 2 en ook het totaaloverzicht in figuur 4).

Wat fusies en coöperaties betreft, kunnen we spreken van een trendbreuk: de sterke groei van de afgelopen jaren is voorbij (zie figuur 3). Opmerkelijk is dat er een sterke toename is in het aantal 'samenwerkingsverbanden' waarbij minder keuzevrijheid in het spel is. In de afgelopen anderhalf jaar zijn vijf ziekenhuizen overgenomen, in de meeste gevallen omdat de continuïteit vanwege financiële problemen in het geding was. In de drie jaren daarvoor vond slechts één overname van een ziekenhuis plaats. **Daarmee lijkt er een koerswijziging in de vorming van het Nederlandse ziekenhuisland-schap te ontstaan.**

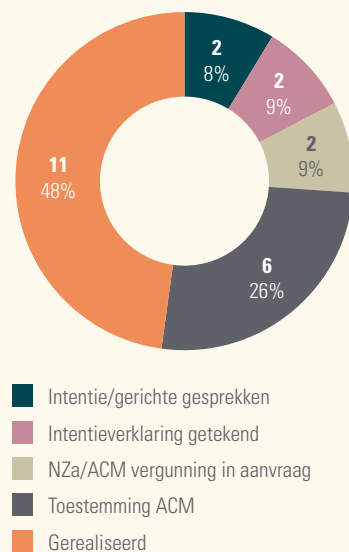
Figuur 1

Percentage ziekenhuisconcerns dat betrokken is (geweest) bij een vorm van bestuurlijke samenwerking sinds april 2013 (o.b.v. vragenlijst & openbare info)



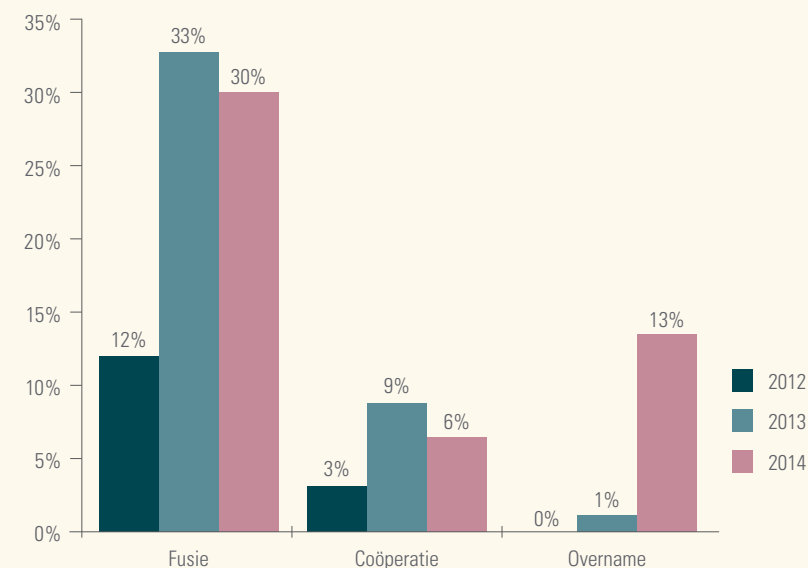
Figuur 2

Fase waar bestuurlijke samenwerkingen sinds april 2013 zich in bevinden



Figuur 3

Percentage ziekenhuisconcerns dat betrokken is (geweest) bij een fusie, coöperatie of overname



1.2 Het einde van het fusietijdperk raakt in zicht...

Sinds het tweede kwartaal van 2013 heeft de daling van het aantal zelfstandige ziekenhuizen als gevolg van fusies zich doorgezet. In deze periode zijn de volgende zeven bestuurlijke fusies tot stand gekomen:

- 1 juli 2013: HagaZiekenhuis & Reinier de Graaf Groep vormen Stichting Reinier Haga Groep
- 14 augustus 2013: St. Elisabeth Ziekenhuis & Tweesteden Ziekenhuis
- 8 oktober 2013: Zorggroep Leveste Middenveld & Refaja Ziekenhuis
- 1 januari 2014: Franciscus Ziekenhuis Roosendaal & Lievevrouwe Ziekenhuis vormen Bravis
- 1 mei 2014: Spaarne Ziekenhuis & Kennemer Gasthuis vormen Spaarne Gasthuis
- 15 augustus 2014: Bronovo Ziekenhuis & Medisch Centrum Haaglanden
- 1 oktober 2014: Rijnland Ziekenhuis & Diaconessenhuis Leiden vormen Alrijne Zorggroep

Van deze zeven gerealiseerde bestuurlijke fusies zijn er vooralsnog slechts drie waarbij een juridische fusie wordt voorbereid.

We hebben zes voorgenomen fusies geïdentificeerd waarvan we aannemen dat ze aankomend jaar gerealiseerd worden en daarmee tot een verdere afname van het aantal zelfstandige ziekenhuizen leiden. Daarnaast zien we drie gevallen waarin twee ziekenhuizen de intentie hebben een bestuurlijke samenwerking aan te gaan. Hoewel deze gevallen nog aan het begin van de samenwerking staan, leiden deze op termijn mogelijk tot het verdwijnen van nog eens drie zelfstandige ziekenhuizen.

Hoe het aantal zelfstandige ziekenhuizen sinds 2009 is afgenomen en naar verwachting nog verder zal afnemen, is weergegeven in Tabel 1.¹ In figuur 4 op pagina 11 zijn de in 2013 en 2014 (peildatum 1 december 2014) gerealiseerde samenwerkingen en de verwachte toekomstige samenwerkingen in kaart gebracht.

Tabel 1 (Verwachte) afname zelfstandige ziekenhuizen

(Verwachte) afname zelfstandige ziekenhuizen	Realisatie 2014
Aantal ziekenhuislocaties (2014)	290
Aantal zelfstandige ziekenhuizen, begin 2009	116
Afname aantal zelfstandige ziekenhuizen als gevolg van gerealiseerde fusies/overnames 2009-2012	5
Aantal zelfstandige ziekenhuizen, begin 2012	111
Afname aantal zelfstandige ziekenhuizen als gevolg van gerealiseerde fusies/overnames 2012-2013	4
Aantal zelfstandige ziekenhuizen, begin 2013	107
Afname aantal zelfstandige ziekenhuizen als gevolg van gerealiseerde fusies/overnames 2013-2014	9
Aantal zelfstandige ziekenhuizen, anno nu	98
Mogelijke afname aantal zelfstandige ziekenhuizen als gevolg van voorgenomen fusies/overnames	8
Aantal zelfstandige ziekenhuizen, in de toekomst op korte termijn	90
Mogelijke afname aantal zelfstandige ziekenhuizen die zich in het voorstadium van bestuurlijke samenwerking bevinden	3
Mogelijk aantal zelfstandige ziekenhuizen in de toekomst op langere termijn	87

FUSIEVORMEN

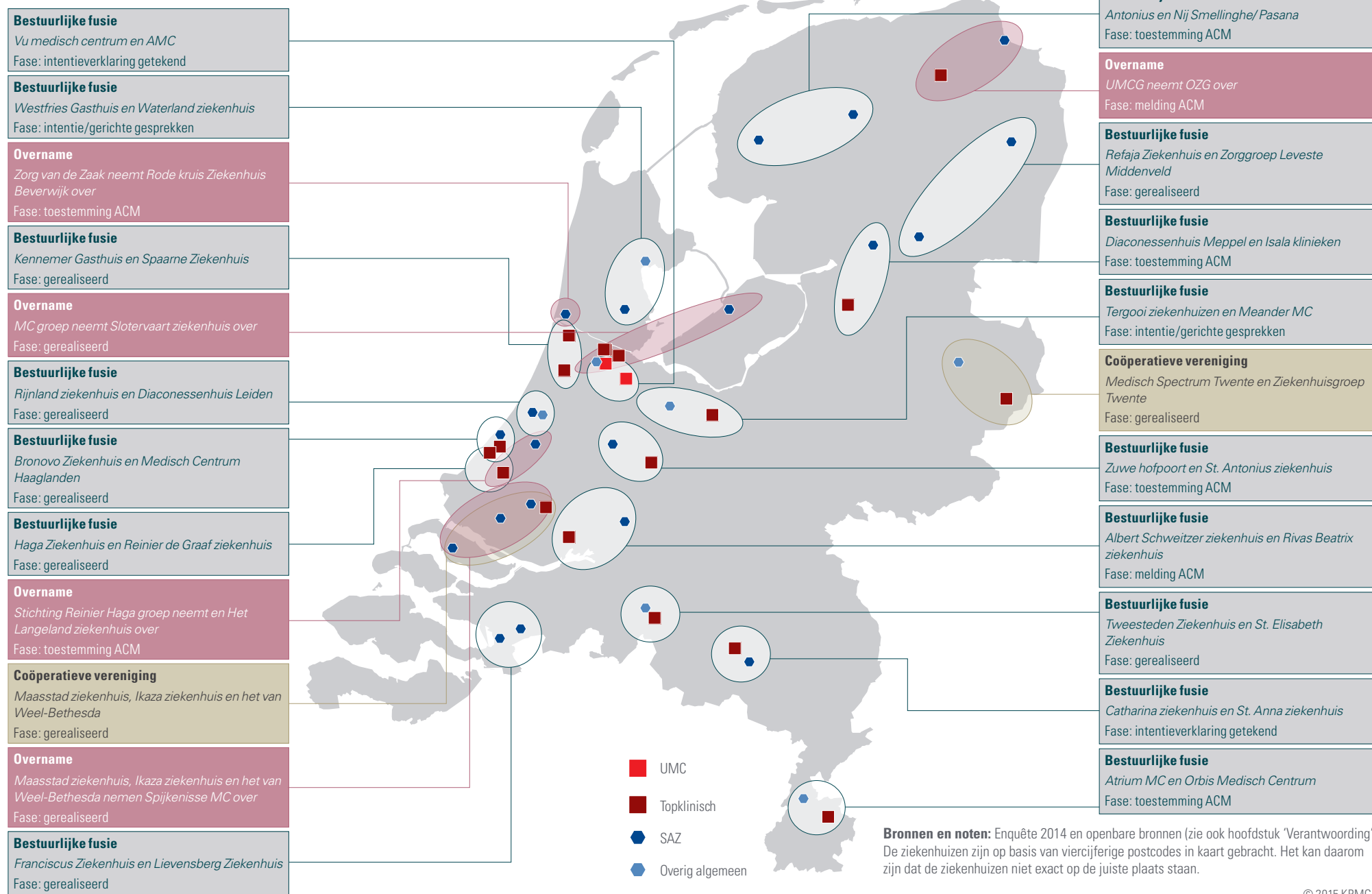
Bij een **bestuurlijke fusie** blijven de fusiepartners als afzonderlijke rechtspersonen voortbestaan, maar komen zij onder een gemeenschappelijk bestuur en een (deels) gemeenschappelijke raad van toezicht te staan.

Een **juridische fusie** is een veel verdergaande vorm van samenwerking: in de meest gangbare vorm gaan beide partners op in een nieuw op te richten rechtspersoon. Daarin worden alle activa en passiva ondergebracht van de beide partners, die daarbij ophouden te bestaan als zelfstandige entiteit.

¹ Als de overnemende partij een meerderheid van de aandelen en/of zeggenschap over het bestuur van het overgenomen ziekenhuis verkrijgt, verliest zij haar zelfstandigheid (ondanks eventuele bestuurlijke zelfstandigheid). Bij alle vijf de overnames is duidelijk of op zijn minst aannemelijk dat dat het geval is.

Figuur 4

Fusies, overnames en coöperatieve verenigingen 2013-2014



We verwachten dat er na het voltooien van de huidige consolidatieslag 86 zelfstandige ziekenhuizen resteren. Dat aantal kan nog verder dalen als er de komende jaren inderdaad meer overnames plaats zullen vinden. Vorig jaar kwam onze schatting nog uit op 89.

Ook constateren we dat de stroom aan nieuwe ziekenhuisfusies hiermee opdroogt. Op basis van zowel onze enquête als onze contacten in de sector hebben wij vooralsnog geen indicaties dat er nog nieuwe fusies of nieuwe coöperaties in voorbereiding zijn. Voor dit einde aan de huidige fusiegolf zien we zowel interne als externe redenen:

- Veel ziekenhuizen zijn redelijk recent al eens gefuseerd en zijn niet 'in de markt' voor verdere fusies. In de praktijk blijkt het bovendien vaak lastig en in ieder geval tijdrovend om na de fusie de maatregelen door te voeren die nodig zijn om de gewenste of beoogde voordelen te realiseren (zie ook paragraaf 2.1). Lopen-

de fusies vergen met andere woorden te veel managementaandacht om ruimte te laten voor nieuwe fusies.

- Ziekenhuizen hebben koudwatervrees en worden afgeschrikt door de slechte voorbeelden om zich heen. In de praktijk zijn er gevallen waarin het fusieproces erg veel tijd kost en duur is. Andere voorbeelden laten zien dat fusies niet de heilige graal blijken. Fusies komen niet makkelijk tot bloei. Uiteindelijke resultaten blijken regelmatig tegen te vallen of zelfs uit te blijven.
- In bepaalde regio's is de concentratie van ziekenhuiszorg al zo groot dat het, gelet op de huidige toetsingscriteria met betrekking tot keuzevrijheid voor de patiënt, onwaarschijnlijk is dat de betreffende ziekenhuizen toestemming zullen krijgen van de Autoriteit Consument & Markt (ACM) voor verdere fusies. Het gaat hier met name om de minder dichtbevolkte regio's in Nederland.

- Zorgverzekeraars krijgen een steeds grotere invloed op bestuurlijke samenwerking tussen ziekenhuizen (zie figuren 8 en 9 op pagina 16). Zij zijn over het algemeen geen voorstander van verdere fusies, deels vanwege het risico dat fusieziekenhuizen 'too big to fail' worden en daarmee een oneigenlijk sterke marktpositie verkrijgen, en deels omdat de meerwaarde van fusies in termen van kwaliteit en prijs nog niet genoeg opweegt tegen de risico's die ermee gemoeid zijn.

Op grond van bovenstaande argumenten concluderen we dat het einde van de huidige fusiegolf in zicht raakt, en dat het aantal zelfstandige ziekenhuizen in Nederland vooralsnog niet verder zal afnemen als gevolg van fusies.

ERVARINGEN UIT HET VERENIGD KONINKRIJK

Als we kijken naar het Verenigd Koninkrijk zien we dat samenwerking ook hoog op de agenda van ziekenhuisbestuurders staat. Vanaf 2007 tot 2013 vonden er negen fusies plaats. In tegenstelling tot de Nederlandse situatie moet in het Verenigd Koninkrijk de fusiegolf nog komen. Voor het komende jaar worden er twaalf fusies verwacht. Daarnaast geeft 76% van de ziekenhuizen aan een partner te zoeken voor de komende drie jaar met als belangrijkste reden de kwaliteit van de geleverde zorg te kunnen verhogen. Dit zijn bijvoorbeeld 'trust' ziekenhuizen die bij het behalen van de status 'foundation trust' een andere partij nodig hebben om aan de kwaliteitscriteria en indicatoren te voldoen. Ook hier zien we de invloed van buitenaf: Monitor (toezichthouder van foundation trusts) en de TSA (toezichthouder van trusts) zijn niet alleen betrokken bij verkenningen van samenwerking, maar zijn ook steeds sturender bij het zoeken naar een partner.

1.3 ... maar door overnames blijven er zelfstandige ziekenhuizen verdwijnen

Twee is toeval, drie is een trend. Volgens dat gezegde is er in de ziekenhuissector onmiskenbaar sprake van een nieuwe ontwikkeling: maar liefst vijf ziekenhuizen zijn in het afgelopen anderhalf jaar overgenomen of staan op het punt overgenomen te worden, terwijl er in de drie jaar daarvoor slechts één overname plaatsvond.

- **Slotervaartziekenhuis:** overgenomen door MC Groep.
- **LangeLand Ziekenhuis:** toestemming ACM voor overname door Stichting Reinier Haga Groep.
- **Spijkenisse Medisch Centrum (voorheen Ruwaard van Putten Ziekenhuis):** overgenomen door Maasstad Ziekenhuis, Ikazia Ziekenhuis en het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis.
- **Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk:** toestemming ACM voor overname door Zorg van de Zaak.
- **Ommelander Ziekenhuis Groep:** melding bij ACM van overname door het UMCG.

Deze overnames betreffen veelal kleinere en/of perifere ziekenhuizen met financiële moeilijkheden. We sluiten zeker niet uit dat er in de nabije toekomst nog meer overnames plaats gaan vinden. De sector wordt gekenmerkt door een financieel wankel basis (gemiddeld lage solvabiliteitsniveaus, lage marges en krappe liquiditeitsposities) die het opvangen van financiële tegenvallers lastig en vooral voor kleinere ziekenhuizen op den duur onmogelijk maakt. De financiële positie van ziekenhuizen wordt daardoor sterker dan voorheen een driver voor verdere consolidatie. Als ziekenhuizen niet tijdig anticiperen op verslechtering van hun financiële positie, dan zal

die consolidatie zich vooral via overnames voltrekken. De overnemende partijen kunnen daarbij net als in de afgelopen periode zowel van binnen als buiten de ziekenhuissector komen.

Ondanks het naderende einde van de fusiegolf komt er dankzij bovenstaande ontwikkelingen en de daarmee verwachte nieuwe overnames nog geen eind aan de herinrichting van de sector. Daarbij ontstaat wel een duivels dilemma in bepaalde dunbevolkte gebieden. Juist daar is op grond van de normering van de ACM (met betrekking tot keuzevrijheid voor de patiënt) nauwelijks of geen ruimte voor verdere fusies. Juist daar ook staan ziekenhuizen echter dankzij hun kleinere adherentiegebied onder grotere financiële druk en is er onvoldoende productie en financiële grondslag om aan de bereikbaarheidseisen te blijven voldoen. De basis onder het zelfstandig voortbestaan van ziekenhuizen is dus het wankelst in gebieden waar verdere fusies vrijwel geen optie zijn. De continuïteit van de zorg in die gebieden kan daardoor in het gedrang komen. Om dit maatschappelijke probleem te adresseren is het noodzakelijk na te denken over andere vormen van samenwerking en/of het aanpassen van de Mededingingswet.

1.4 Bestuurlijke indikking heeft nog beperkte gevolgen voor het zorgaanbod

Het aantal locaties waar ziekenhuiszorg wordt aangeboden verandert nauwelijks; op het moment van schrijven zijn er 290 (zie figuur 5 op pagina 14), een kleine afname in vergelijking met de 297 locaties in 2013. In het volgende hoofdstuk gaan we verder in op het zorgaanbod op de verschillende locaties. De constatering uit voorgaande jaren dat de bestuurlijke indikking in de ziekenhuiswereld vooralsnog niet gepaard gaat met een afname van het aantal zorglocaties blijft dus overeind. Ondanks de vaak geuite maatschappelijke zorgen hierover, komen de

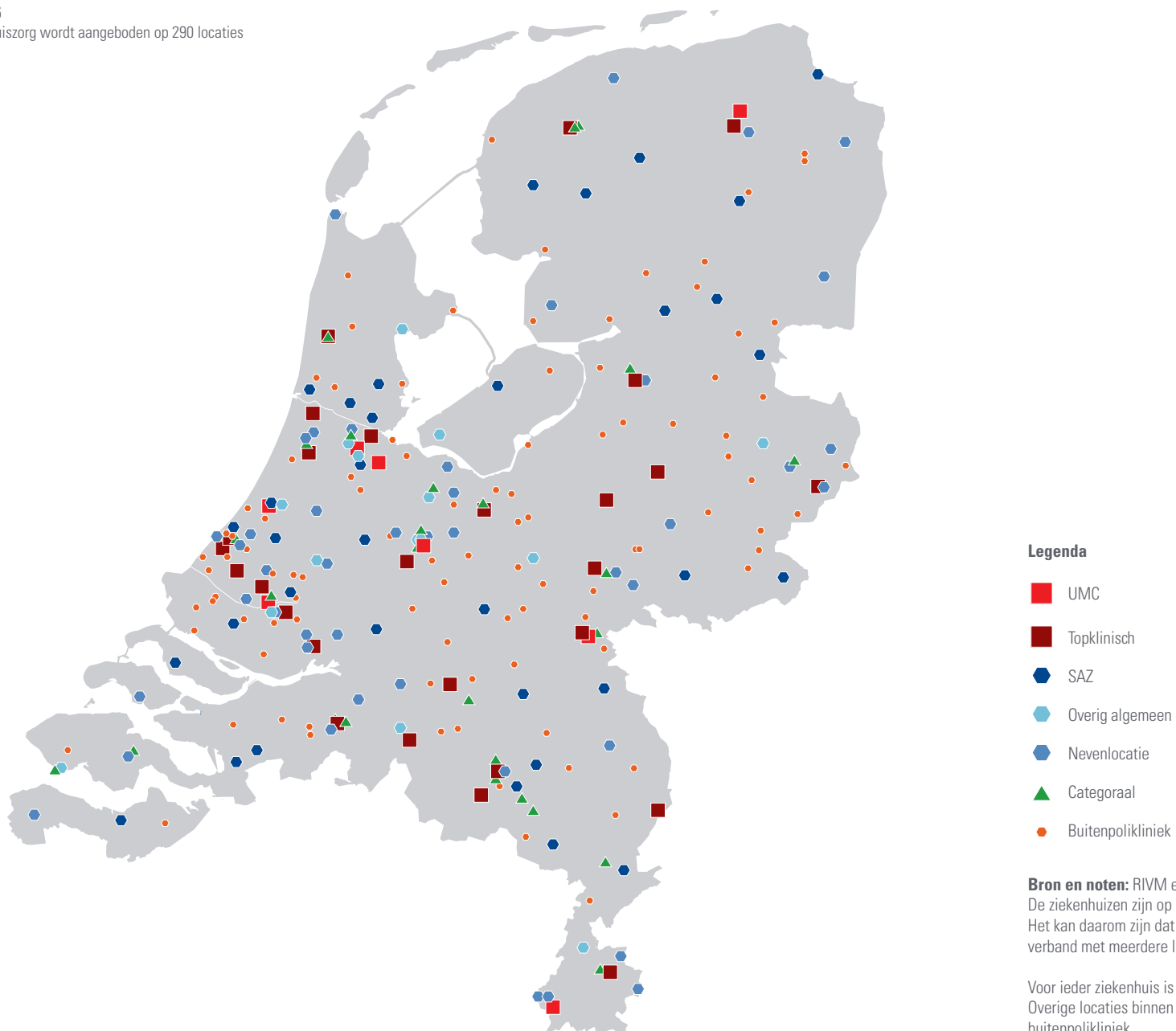
toegankelijkheid en bereikbaarheid van ziekenhuiszorg daarmee (nog) niet structureel onder druk te staan.

1.5 We doen het vooral om redenen van kwaliteit, maar steeds vaker ook om financiële redenen

Het verbeteren van de kwaliteit van de geboden zorg wordt als veruit de belangrijkste doelstelling genoemd bij het aangaan van bestuurlijke samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen. Daarbij is zowel sprake van een positieve motivatie – het verhogen van de kwaliteit van reeds aangeboden zorg – als van een negatieve motivatie: het moeten blijven voldoen aan de minimumkwaliteitsnormen. Uit dit laatste valt wellicht af te leiden dat het effect van kwaliteitseisen die zorgverzekeraars hanteren en het denken over kwaliteit in de zorg toenemen.

Het verbeteren van zorgkwaliteit is daarmee ‘terug op de agenda’, zo het daar ooit al vanaf was geweest. In onze publicatie uit 2013 zagen we namelijk nog dat het optimaliseren van de zorgportfolio opvallend vaker werd vermeld als reden voor samenwerking. We schreven toen: *“Daarmee is een beweging in gang gezet richting acceptatie dat ziekenhuizen niet allemaal hetzelfde kunnen blijven doen. Daar waar vorig jaar samenwerking vooral geduid werd in termen van kwaliteit en nu ook in hoge mate in termen van portfoliokeuzen, kan geconcludeerd worden dat samenwerking niet alleen maar medisch maar ook steeds meer strategisch en bedrijfsmatig gemotiveerd wordt. Als deze lijn zich doorzet en het in toenemende mate lukt om tot een goede medische en bedrijfsmatige balans per ziekenhuislocatie te komen – kortom een goede balans tussen kwaliteit en betaalbaarheid van zorg – kan de noodzakelijke rationaliseringsslag van het Nederlandse zorglandschap worden gemaakt.”*

Figuur 5
Ziekenhuiszorg wordt aangeboden op 290 locaties



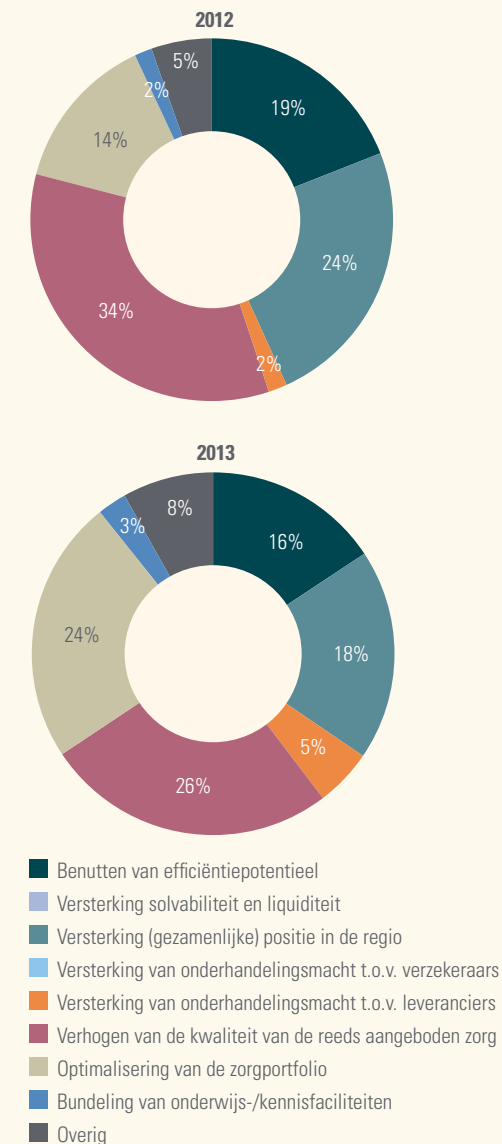
Deze hoopvolle ontwikkeling heeft zich voorsnog dus niet doorgezet, zoals ook blijkt uit het achterwege blijven van differentiatie in zorgprofielen wat we uitgebreid bespreken in paragraaf 2.2. Dit illustreert wellicht hoe moeilijk het is om zorgprofielen te veranderen zonder druk van buitenaf (in de vorm van bijvoorbeeld SEH-trajecten van zorgverzekeraars of de IC-richtlijn). Bovendien blijken rationaliseringsslagen die 'louter' worden ingezet om bedrijfseconomische voordelen van samenwerking te realiseren, intern vaak moeilijk te realiseren. Ook de druk van externe lokale partijen bemoeilijkt profielwijziging nogal eens.

Zoals we al schreven bij de opvallende toename van het aantal overnames in de zorg, zal de financiële positie van ziekenhuizen een grotere driver voor bestuurlijke samenwerking worden dan voorheen. Dit komt ook naar voren uit de enquêteresultaten: werd 'versterking van solvabiliteit en liquiditeit' in 2012 en 2103 nooit genoemd als belangrijkste reden voor samenwerking, dit jaar worden financiële motieven als reden genoemd voor 18% van de fusies. Opgemerkt moet worden dat het aangaan van een bestuurlijke samenwerking op zich geen verbetering van de financiële positie teweegbrengt, hooguit als de zwakkere partner directe financiële steun krijgt van de sterkere.

Figuur 6
Doelstellingen van de (beoogde) bestuurlijke samenwerkingen sinds april 2013



Figuur 7
Reden van samenwerking



1.6 Wie betaalt, bepaalt wie het met wie doet in de zorg

De invloed van zorgverzekeraars, banken en toezichthouders op bestuurlijke samenwerking tussen ziekenhuizen wordt steeds groter.

i) Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars zijn de afgelopen jaren steeds meer en intensiever betrokken bij het tot stand komen van bestuurlijke samenwerkingsverbanden tussen zorginstellingen. Bij het merendeel van de fusieplannen (59%) zijn zorgverzekeraars inmiddels inhoudelijk betrokken bij het overleg daarover. In 2013 werden zorgverzekeraars bij het merendeel (59%) van de fusieplannen nog slechts geïnformeerd, dit jaar is dat het geval bij nog maar 35% van de fusies. Er is geen sprake meer van dat verzekeraars in het geheel niet meer betrokken zijn (zoals in 2012 nog werd gemeld), bij een klein deel (6%) van de samenwerkingen moeten ze inmiddels zelfs goedkeuring verlenen. Hierin is wellicht het effect zichtbaar van de fusietoets van de NZa die daarop stuurt.

Toch zien we in de praktijk dat zorgverzekeraars nogal eens worden 'overruled'. De Friesland Zorgverzeke-

raar was bijvoorbeeld tegen de fusie tussen de Friese zorginstellingen Kwadrantgroep, Antonius Zorggroep en Nij Smellinghe/Pasana, maar deze zetten hun fusieplannen toch door en hebben daarvoor inmiddels ook toestemming van de ACM.

ii) Banken

"Banken zijn wel de financier maar niet de regisseur van de veranderingen in het zorglandschap," stelden we vorig jaar in onze publicatie. Dat beeld is echter sterk aan het kantelen. Dat banken een sterkere rol spelen in de inrichting van het zorglandschap blijkt bijvoorbeeld bij De Sionsberg in Dokkum, dat na een ingreep van de bank recent het faillissement moest aanvragen. Banken zijn, in de perceptie van ziekenhuisbestuurders, een grotere rol gaan spelen bij de consolidatie in de ziekenhuissector, in nog sterkere mate dan dat voor zorgverzekeraars het geval is. Waren banken in 2013 bijvoorbeeld nog bij 18% van de fusies 'in het geheel niet' betrokken, dit jaar wordt geen enkele fusie gemeld die volledig buiten de banken om tot stand komt. Het opmerkelijkst is echter dat voor fusies veel vaker dan één à twee jaar geleden goedkeuring van de banken vereist is: dit jaar

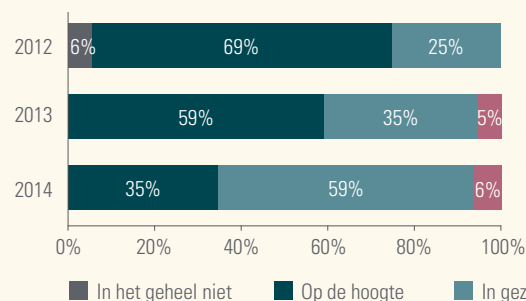
hadden banken bij 41% van de fusies een beslissende stem, terwijl dat vorig jaar bij slechts 9% van de fusies het geval was.

In de publicatie van 2013 wezen we erop dat er, in het licht van de toenemende financieringsproblemen en ongunstiger wordende financieringsvoorwaarden in de sector, goede redenen zijn om banken actiever te betrekken bij samenwerkingsgesprekken tussen ziekenhuizen. Die voorzichtige uitnodiging tot 'actieve betrokkenheid' was in veel gevallen kennelijk niet nodig, banken nemen inmiddels bij een flink deel van de fusiegesprekken een controlerende positie in. Mogelijk is dit vooral het geval bij fusies die gedreven worden door financiële problemen bij een of beide fusiepartners; dat zou er dan op wijzen dat 'versterking solvabiliteit en/of liquiditeit' veel vaker de reden achter fusies is dan al uit onze enquêteresultaten naar voren komt.

In de praktijk zien wij ook dat de businesscase steeds belangrijker wordt, zowel in de voorbereiding als in de realisatie van de fusie. Er is een toegenomen bewustzijn over het belang van financiën. Financierbaarheid,

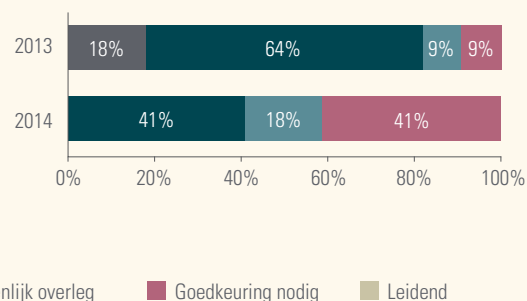
Figuur 8

Betrokkenheid van zorgverzekeraars bij fusies en coöperaties



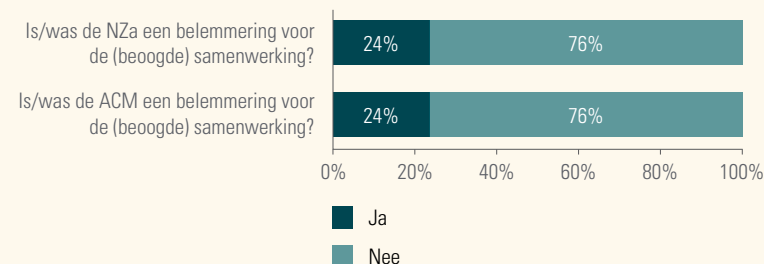
Figuur 9

Betrokkenheid van banken bij fusies en coöperaties



Figuur 10

Nza/ACM als belemmering voor de beoogde bestuurlijke samenwerkingen sinds april 2013



terugverdien capaciteit en financiële stabiliteit op langere termijn krijgen steeds meer aandacht in de fusieplannen.

iii) Toezichthouders

De NZa en de ACM worden door ziekenhuisbestuurders in gelijke mate, namelijk in een kwart van de gevallen, als belemmerend gezien bij hun samenwerkingsplannen. Zonder nadere analyse valt niet te zeggen of de toezichthouders hun rol hiermee goed vervullen. We merken wel op dat de ACM nog weinig fusieplannen heeft afgekeurd. Als dit is gebeurd, blijken nieuwe pogingen vaak alsnog te worden goedgekeurd.

1.7 Samenwerking met andere zorgaanbieders

We kijken hierbij met name naar samenwerking in de keten en de relaties tussen ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's). In het volgende hoofdstuk gaan we daarnaast verder in op de verhouding tussen ziekenhuizen en medisch specialisten.

i) In de keten

Alhoewel we hier dit jaar niet naar hebben gevraagd, blijkt uit onze praktijkervaring duidelijk dat de samenwerking tussen ziekenhuizen en andere zorgaanbieders in de keten de komende jaren sterker wordt. Vorig jaar zagen we dit al terug in de enquêteresultaten, en de verwachting is dat die trend doorzet. We zien immers steeds meer experimenten en landelijke pilots op het gebied van samenwerking

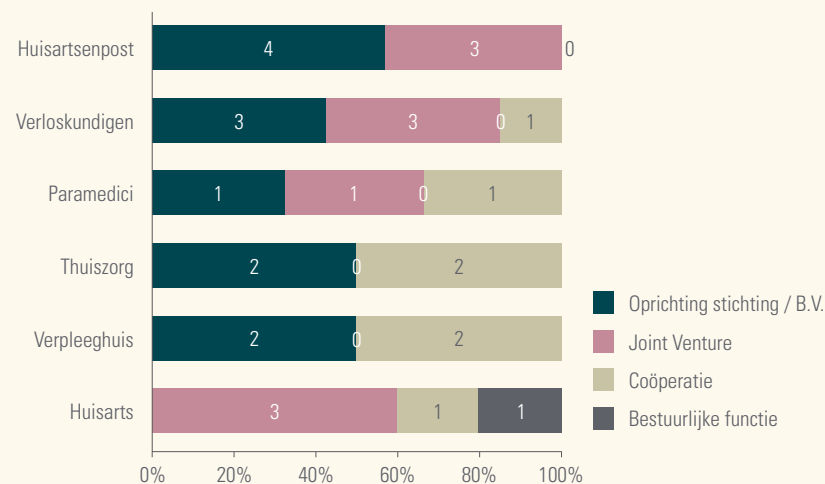
tussen de eerste en tweede lijn, zoals de Stadspoli in Maastricht, een samenwerking tussen huisartsenorganisatie IOZ en het Maastricht UMC, ondersteund door zorgverzekeraar VGZ. De drijvende kracht achter dergelijke bewegingen is dat het uitgangspunt bij het organiseren van zorg steeds meer de patiënt wordt, en niet langer een medisch specialisme. Die samenwerkingen worden nu ook geformaliseerd, waarbij voor verschillende vormen wordt gekozen.

ii) Buiten de keten

Net als in beide voorgaande edities geeft ruwweg de helft van de ziekenhuisbestuurders aan samen te werken met ZBC's. In vrijwel ieder samenwerkingsverband (88%) is het ziekenhuis tegenwoordig (mede)eigenaar van het ZBC, in 2012 en 2013 was dat in circa twee derde van de samenwerkingen het geval. De meest voorkomende situatie is die waarin het ziekenhuis een minderheidsaandeelhouder is. Vooral in de electieve zorg is er een grote concentratie van ZBC's, waardoor grote druk op de omzet van ziekenhuizen is ontstaan. De investeringen van ziekenhuizen in ZBC's kunnen dan ook worden gezien als een vorm van diversificatie en risicospreiding.

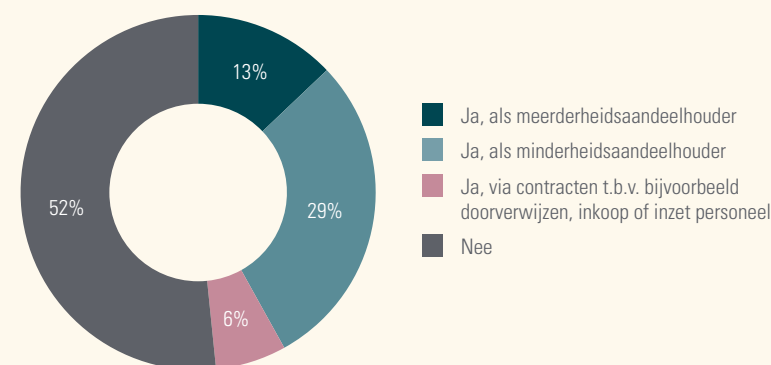
Figuur 11

Vorm van bestuurlijke samenwerking in de keten 2014



Figuur 12

Invulling van samenwerking tussen ziekenhuis en ZBC's 2014





2 Bestuurlijke samenwerking in de zorg: **van vrijheid naar realiteit**

Bestuurlijke samenwerking tussen ziekenhuizen levert lang niet altijd de gewenste meerwaarde op. De daadwerkelijke integratie na een fusie blijkt moeilijk te realiseren, wat met name blijkt uit de nog maar weinig veranderende locatie- en zorgprofielen. We beschrijven een aantal belemmeringen voor het realiseren van fusievoordelen, en schetsen routes waarbij de gewenste meerwaarde van samenwerking en de gekozen bestuurlijke vormen een betere match met elkaar vormen. Dat doen we mede op basis van internationale ervaringen in de zorg op dit gebied.

2.1 De weerbarstige praktijk van bestuurlijke samenwerking

De praktijk leert dat los van de gekozen doelstellingen, de praktijk van fuseren weerbarstig blijkt te zijn. In figuur 13 laten we nogmaals zien wat de belangrijkste doelstellingen van de (beoogde) bestuurlijke samenwerkingen van de afgelopen anderhalf jaar zijn geweest.

Wij vroegen bestuurders die de afgelopen twee jaren een fusie of coöperatie hebben gerealiseerd naar de mate waarin zij hun doelstellingen hebben behaald. Van die bestuurders geeft 82% aan dat de doelstellingen die ze daarbij hadden slechts gedeeltelijk of niet zijn behaald (zie figuur 14). Dat heeft in een aantal gevallen zeker te maken met de korte tijd die beschikbaar is geweest voor de postfusie-integratie. Bovendien is die integratie moeilijk te realiseren in complexe organisaties als ziekenhuizen. Dat geldt zeker als een van de doelstellingen daarbij is de locatieprofielen aan te passen, het onderwerp van de volgende paragraaf. De grote onderlinge afhankelijkheid tussen veel medische specialismen maakt de lateralisatie een zeer ingewikkelde en tijdrovende puzzel (zie ook het interview met Hans van der Schoot op pagina 24).

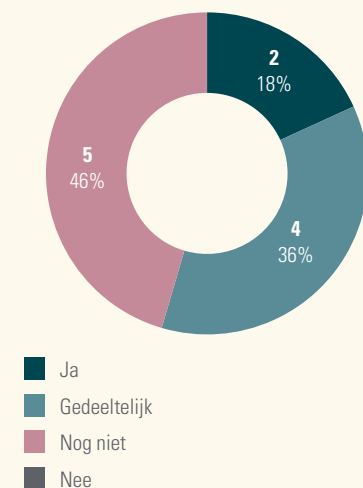
Figuur 13

Doelstellingen van de (beoogde) bestuurlijke samenwerkingen sinds april 2013



Figuur 14

Mate waarin doelstellingen zijn behaald bij gerealiseerde fusies en coöperaties sinds april 2013



“Iedereen top top top, dat kan niet lijkt mij”

Wim van der Meeren is sinds 2009 bestuursvoorzitter van zorgverzekeraar CZ. Het grootste deel van zijn loopbaan bekleedde hij die positie in de ziekenhuissector, bij het Drechtsteden en het St. Elisabeth ziekenhuis. Een pleidooi voor soberheid, focus en verantwoorde krimp in de sector waar hij vandaan komt. “Ik hoop zo dat die culturomslag binnen ziekenhuizen gemaakt kan worden.”



Wij signaleren dat het einde van de huidige fusiegolf in zicht is. Waarom zouden verdere ziekenhuisfusies niet passen in de toekomstplannen van bestuurders?

“Ze zijn al bijna allemaal gefuseerd, wat moeten ze nog? Er is de afgelopen jaren heel erg veel gefuseerd: vaak als middel voor onzekerheidsreductie, om aan de volume-eisen van zorgverzekeraars te kunnen voldoen, en als voorkeursantwoord op tal van bestuurlijke problemen. Het resultaat vind ik eigenlijk teleurstellend. Ik had gehoopt dat er meer variatie in profielen van ziekenhuizen zou ontstaan, verschillende ziekenhuizen die elkaar aanvullen. Nu is het nog steeds one size fits all, alleen is de size groter geworden. Jammer, want ik denk dat er ook plaats is voor bijvoorbeeld een klein ziekenhuis dat zelfstandig blijft, maar dat wel goed is ingebed in de regio en daar goede relaties met andere zorgaanbieders heeft. Ik had het mooi gevonden als er behalve fusies ook meer creatieve vormen van samenwerking waren ontstaan.”

Aan welke vormen denk je dan?

“Waar ik bij fusies ontzettend bang voor ben is de enorme complexiteit. Bij fusies moet iedereen het met iedereen doen, om in de termen van jullie rapport te spreken. Maar neem twee ziekenhuizen en per vak is de kwaliteit anders, is de werkwijze anders, is het draagvlak voor een fusie anders. Probeer eerst eens een samenwerkingsvorm te vinden waarin die complexiteit op patiëntenniveau goed te managen valt. Dat is wat voor een deel natuurlijk al gebeurt, want artsen zoeken elkaar toch op. Maar dat zou iets minder toevallig moeten verlopen, iets meer geformaliseerd. Kijk als ziekenhuis dan per patiëntengroep hoe de huidige zorg valt te verbeteren. En dat hoeft niet per se binnen de eigen muren! Een ziekenhuis moet durven zeggen: ‘Iedereen kan

hier terecht en wij zorgen dat het goed met u gaat. We doen alleen niet alles zelf, want op andere plekken gebeurt het beter. Wij weten waar u in dat geval moet zijn en wij hebben de relaties.’ Je zou op die manier veel meer naar functioneel gebaseerde samenwerkingen in de zorg moeten gaan. Dat zijn vormen waarvan de complexiteit veel beter te managen is.”

Stel dat we inderdaad in een postfusietijdperk belanden, hoe zie jij dan de positie van kleine regioziekenhuizen die het zelfstandig moeilijk hebben?

“Dat ligt er maar aan welk ambitieniveau ze hebben. De heroïek van grote spoedeisende hulp- en traumacentra waar iedereen van droomt bij ziekenhuizen, dat moet niet overal plaatsvinden. Maar dat betekent niet dat er geen behoefte zou zijn aan kleine ziekenhuizen. Dergelijke ziekenhuizen zullen sober en zuinig moeten kijken naar wat hun meerwaarde voor de regio kan zijn, echt de samenwerking met de eerste lijn en met grotere centra zoeken en weten wat ze zich financieel kunnen veroorloven. Dan kunnen ze genoeg goede dingen blijven doen en met zorgverzekeraars tot interessante meerjarenafspraken komen.”

Dat vergt wel een omslag in denken.

“Het is inderdaad ongelooflijk lastig voor veel ziekenhuizen om af te kicken van de groeiverslaving die ze jaren hebben gehad. Krimpen vergt een heel andere vorm van managen dan groei, en daar zullen ziekenhuizen aan moeten wennen. Ik hoop zo dat die culturomslag binnen ziekenhuizen gemaakt kan worden, om van groei naar verantwoorde krimp te gaan. Een sterke drijfveer is nu nog vaak onzekerheidsreductie: ‘We mogen dit niet verliezen, we mogen dat niet verliezen, we moeten dit behouden voor de regio. Laten

we maar gaan fuseren en dan is het wij tegen de rest van de wereld.’ In plaats daarvan zouden ziekenhuizen zich de vraag kunnen stellen waar zij zelf heel goed in zijn, en wat ze misschien beter aan anderen kunnen overlaten. Dat is iets waar ziekenhuizen nog niet heel goed in zijn.”

Zijn nieuwe toetreders voor jullie een instrument om dat proces van verantwoorde krimp wat meer onder druk te zetten?

“Op sommige punten misschien wel, maar het is voor ons nog niet zo gemakkelijk om bepaalde zorg bij bestaande ziekenhuizen weg te halen en ergens anders onder te brengen. Dan riskeren we dat we helemaal geen contract kunnen sluiten met dat ziekenhuis, omdat het moeilijk is om per aandoening te onderhandelen. Het valt dus voor een zorgverzekeraar niet mee om op die heel grote organisaties veel druk te zetten en die krimp te laten ontstaan.

Wat zijn de belangrijkste opdrachten voor de ziekenhuizen de komende jaren?

Veel ziekenhuizen durven niet te kiezen en zijn bang voor krimp, hoewel sommige het ook heel leuk vinden om wel te kiezen, hun beperkingen te erkennen en de ambitie hebben om wat ze wel doen heel erg goed te willen doen. Kijk, als je altijd in de eredivisie wilt meedoen maar je bungelt elk jaar onderaan, dat is niet leuk. Misschien kun je dan beter in de top van een lagere divisie spelen. Dat kan voor mensen die er werken ook heel vreugdevol zijn, en voor de patiënten die er komen helemaal. Die krijgen gewoon heel goede zorg en de goede aandacht, daar kun je je als ziekenhuis ook op profileren. Het is echt niet zo dat je pas wat voorstelt als je een topklinisch ziekenhuis bent. Iedereen top top top, dat kan niet lijkt mij.”

Niettemin is het een telkens terugkerend thema in onze onderzoeken en ervaren we ook in de praktijk dat het verzilveren van de fusievoordelen vaak nog moeilijker is dan vooraf wordt gedacht. Hiervoor kunnen we een aantal verklaringen geven:

- **Focus op proces en minder op doelstellingen voor lange termijn**

We zien dat bij het tot stand komen van bestuurlijke samenwerkingen nog vooral aandacht wordt besteed aan het proces dat tot die samenwerking moet leiden, en minder aan de integratie die naderhand plaats moet vinden. Ook uit internationaal onderzoek naar fusies in de zorg² blijkt dat het vooraf opstellen van een heldere businesscase met concrete doelstellingen voor de fusie sterk bijdraagt aan het vermogen om de meerwaarde van samenwerking te verzilveren. Overigens groeit het besef dat juist vooraf ook voldoende aandacht moet worden besteed aan de integratie, mede doordat verzekeraars en banken steeds vaker een businesscase voor de samenwerking willen zien voordat zij instemmen met de plannen tot fusie. Verzekeraars grijpen bovendien de zorgcontractering aan om sterker te sturen op de realisatie van fusiedoelstellingen. In de contractering voor 2015 is bij een aantal (voorgenomen) fusies reeds een voorschot genomen op de gewenste verandering in locatieprofielen.

- **Van 2 naar 3 naar 1 oftewel het vals plat van een fusie**

Een goede voorbereiding op de fusie is het halve werk, maar juist na het moment van fusie is er nog veel aandacht en energie nodig om de beoogde doelstellingen te realiseren. Na het moment van fusie is er in de praktijk een periode van een aantal jaren, waarin bestuurders in feite drie organisaties aansturen: naast

de oorspronkelijke organisaties vraagt ook de vorming van de 'nieuwe' gezamenlijke organisatie veel bestuurlijke aandacht. Niet alleen de interne transitie, ook de afstemming met externe stakeholders is intensief, zeker waar locatieprofielen veranderen. De realiteit blijkt vaak vele malen taaier dan tevoren gedacht en organische groei richting integratie komt zelden voor. Verzilving van meerwaarde van fusies vergt juist in de postfusiefase veel bestuurlijke aandacht.

- **De gekozen bestuursvorm past niet bij de ambities**

We zien in een aantal gevallen dat een bestuurlijke fusie het eindpunt is van samenwerking tussen ziekenhuizen, of dat die samenwerking lange tijd blijft steken in dat stadium. Echter, juist in dit stadium wegen de lusten niet op tegen de lasten: niet de maximale voordelen van samenwerking, maar wel de complexiteit van een fusie. Als de stap naar een juridische fusie uitblijft, ontbreekt de structuur waarin daadwerkelijke integratie plaats kan vinden. Als het doel van een fusie is om de voordelen maximaal te benutten en een samenwerking over de gehele breedte te realiseren, is een juridische fusie de logische en noodzakelijke vervolgstap op de bestuurlijke fusie. Indien een bestuurlijke fusie het eindpunt is, is het de vraag of de beoogde voordelen niet ook op een andere wijze te behalen zijn en een bestuurlijke fusie een te zwaar middel is. Aan deze alternatieve vormen besteden we aandacht in paragraaf 3.2 op pagina 30.

- **De relatie tussen ziekenhuis en medisch specialisten**

Een specifieke belemmering voor het verzilveren van fusievoordelen blijft de verhouding tussen het ziekenhuis en de medisch specialisten. Met de juridische scheiding tussen het ziekenhuis en de huidige maat-

schappen zijn er als het ware twee bedrijven binnen dezelfde organisatie. Dit beperkt de strategische slagkracht en de dynamiek van een ziekenhuis, en gaat ten koste van de flexibiliteit die vereist is om de potentiële voordelen van een fusie maximaal te benutten. Dat kan in de toekomst nog verder versterkt worden doordat het medisch specialistisch bedrijf (MSB) de meest voorkomende vorm voor de bekostiging van medisch specialisten blijkt te worden. De populariteit van het MSB kan in de toekomst bijdragen aan de paradoxale situatie waarin we ons bevinden: terwijl de noodzaak van en behoefte aan verandering in de sector groeit, neemt het vermogen tot veranderen verder af door een grotere bestuurlijke complexiteit. Dit is in onze ogen een ongewenste ontwikkeling. In de bijdrage van KPMG Meijburg op pagina 27 gaan we nader in op de invloed van medisch specialisten op bestuurlijke samenwerking tussen ziekenhuizen.

De moeilijkheden bij het realiseren van de voordelen van bestuurlijke samenwerking tussen ziekenhuizen komen wellicht het duidelijkst tot uiting in het feit dat het zorgaanbod per ziekenhuislocatie tot op heden nog weinig verandert ondanks alle fusies.

“ De meeste MSB's die nu worden gevormd zijn natuurlijk rare gedachten. De vorming van MSB's komt neer op het outsourcen van je core business als ziekenhuis, ik zou niet weten in welke sector dat zijn equivalent kent. ”

Hans van der Schoot
Bestuursvoorzitter SLAZ/OLVG

² 'Taking the Pulse - A global study of mergers and acquisitions in Healthcare', KPMG International, 2011, www.kpmg.com/healthcare

2.2 Locatieprofielen: zo vast als een huis

Een van de manieren om synergievoordelen op het gebied van kwaliteit, kosten en doelmatigheid te bereiken na een fusie is om het zorgaanbod per betrokken locatie te herzien en te optimaliseren. Uit de resultaten van onze enquête blijkt dat driekwart van de ziekenhuisbestuurders die betrokken zijn (geweest) bij een fusie of overname, vooraf van plan zijn/waren de locatieprofielen aan te passen. De klinische functie en interventies zijn aangegeven als de meest voor de hand liggend, maar ook voor de acute functies bestaan in ongeveer een derde van de fusies plannen tot herprofilering.

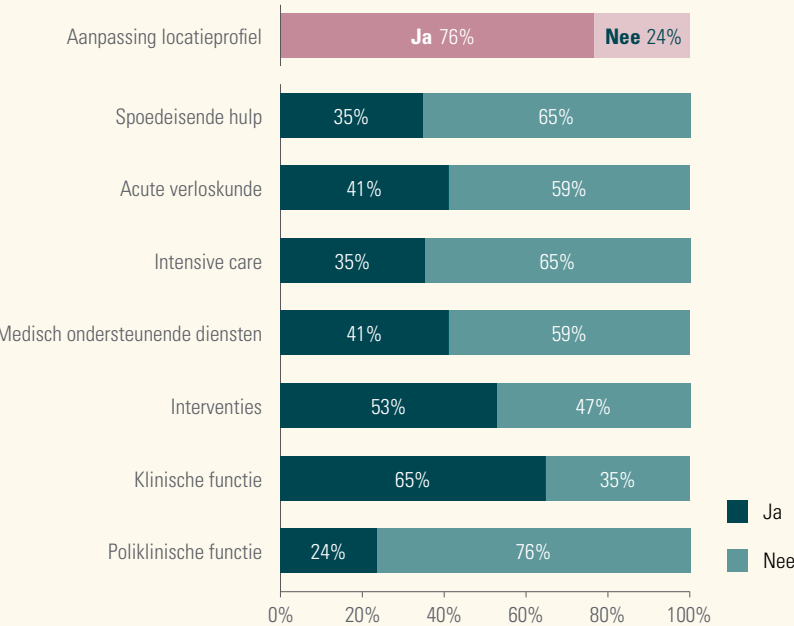
Naast het feit dat het aantal zorglocaties nauwelijks verandert, constateren we ook dat het zorgaanbod op de locaties weinig verandert. De vorig jaar door ons verwachte differentiatie in zorgprofielen blijft dus uit. Op basis van de aanwezigheid van faciliteiten en zorgtypen hebben we in 2013 alle ziekenhuislocaties ingedeeld in locatieprofielen. De voorspelling daarbij was toen dat het aantal ziekenhuislocaties met een acute functie de komende jaren zou dalen, terwijl het aantal locaties zonder acute functie zou toenemen. Onze huidige gegevens over locatieprofielen laten echter zien dat deze verschuiving zich vooralsnog niet of nauwelijks voordoet (zie tabel 2).³

De kleine afname die we zien komt vooral doordat een aantal buitenpoliklinieken is gesloten (twee buitenpoliklinieken bleken bij nader inzien geen ziekenhuislocatie en zijn daarom uit het overzicht verwijderd). Daarnaast zijn twee basisziekenhuizen verdwenen; één daarvan is opgegaan in een nieuwbouwlocatie, het andere is veranderd in een electief centrum.

Het is wellicht ook niet reëel om dergelijke verschuivingen op een termijn van anderhalf jaar te verwachten. We zijn er nog steeds van overtuigd dat deze ontwikkeling zal gaan optreden. Onze recente ervaringen in het veld



Figuur 15

(Voornemen tot) aanpassing van locatieprofielen bij bestuurlijke samenwerkingen sinds april 2013



Tabel 2

Indeling ziekenhuislocaties in locatieprofielen (exclusief categorale instellingen)⁴

	2013	2014	
Ziekenhuislocaties met een acute functie	109	107	Trend
Traumacentrum	11	11	 <p>Het aantal ziekenhuislocaties met een acute functie zal naar verwachting de komende jaren dalen.</p>
Complex Interventie Centrum	34	34	
Basisziekenhuis	64	62	
w.v. Basisziekenhuis +	13	13	
w.v. Basisziekenhuis 0	39	39	
w.v. Basisziekenhuis -	12	10	
Ziekenhuislocaties zonder een acute functie	138	134	
Electief centrum	27	28	 <p>Het aantal ziekenhuislocaties zonder een acute functie zal naar verwachting de komende jaren stijgen.</p>
w.v. Electief centrum met klinische opname	18	19	
w.v. Electief centrum met alleen dagbehandeling	9	9	
Kliniek	2	2	
Buitenpolikliniek	109	104	
w.v. Buitenpolikliniek met klinische opname	1	1	
1,5°-lijnscentrum	0	0	
Totaal	247	241	

³ We maken onderscheid tussen een basisziekenhuis (0), een basisziekenhuis min (-) en een basisziekenhuis plus (+). Een basisziekenhuis plus is een basisziekenhuis dat een IC level >1 en/of >1 specialistische chirurgie heeft. Een basisziekenhuis min is een basisziekenhuis dat geen IC heeft, maximaal één acute functie en geen specialistische chirurgie.

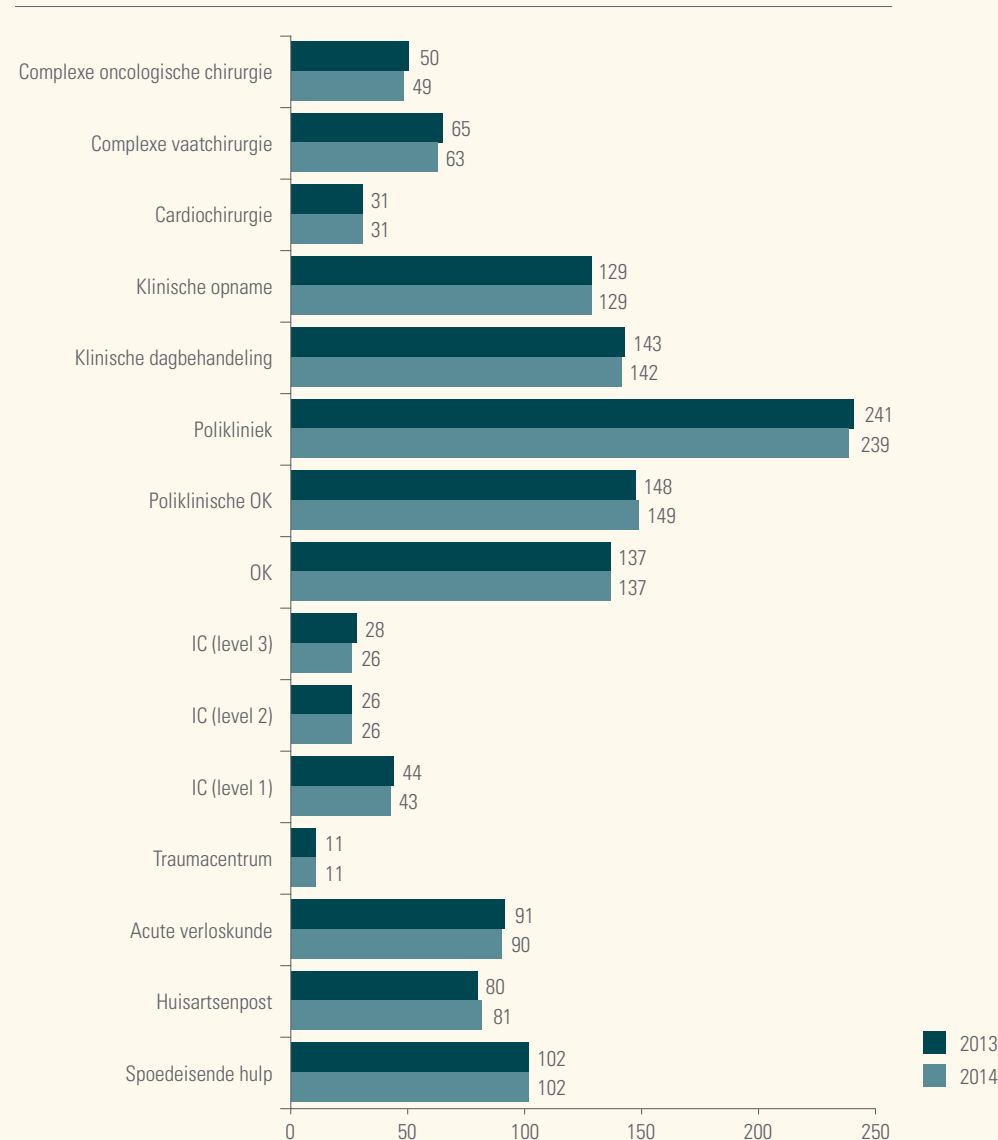
⁴ De definities van de benamingen en de profielen per ziekenhuis zijn opgenomen in de bijlage.

duiden op een sterkere tendens om tot optimalisatie van locaties te komen; verschuiving en concentratie van acute functies zijn daar in toenemende mate onderdeel van. Belangrijkste redenen hiervoor zijn het beperken van de hoge kosten van de beschikbaarheidsfuncties, het verbeteren van kwaliteit en doelmatigheid van de electieve functies (zeker ook om de concurrentieslag met ZBC's aan te kunnen) en de verwachting dat zorgverzekeraars de komende jaren een verdere concentratie van de acute functies zullen opleggen. Wat we wel zien is een – lichte – concentratie van complexe ingrepen, een beweging die sterk gedreven wordt door de kwaliteitseisen waaraan ziekenhuizen moeten voldoen.

Samenvattend kunnen we stellen dat hoewel een flink deel van de bestuurders (76%, zie figuur 15) bij een fusie overweegt of heeft besloten tot aanpassingen in locatieprofielen, we dit in de praktijk nauwelijks zien gebeuren. Of zoals Wim van der Meeren, bestuursvoorzitter van zorgverzekeraar CZ, het in het interview verwoordt: *“Ik had gehoopt dat er meer variatie in profielen van ziekenhuizen zou ontstaan, verschillende ziekenhuizen die elkaar aanvullen. Nu is het nog steeds one size fits all, alleen is de size groter geworden.”* Aan de ene kant wordt de druk op ziekenhuisbestuurders om ingrijpende keuzes te maken ten aanzien van hun zorgaanbod groter: zorgverzekeraars, financiers en de kwaliteitsnormen die toezichthouders hanteren dragen daar allemaal toe bij. Aan de andere kant bestaat er blijkbaar een gat tussen de bestuurlijke ambities om het zorgaanbod te optimaliseren en het vermogen om die veranderingen in de praktijk ook waar te maken. Overigens valt ons in de praktijk steeds op dat het fenomeen van de medische maatschap (en in de toekomst het MSB) een belangrijke rol in dit proces speelt. Waar de 'poortspecialisten' die de grootste rol hebben in de acute functies (onder meer chirurgen, internisten, gynaecologen) nog niet gefuseerd zijn, is er in de regel veel weerstand tegen de lateraliseren van acute functies. Angst voor omzetverlies speelt hier een grote rol. Daar waar maatschappen wel gefuseerd zijn of het voornemen hiertoe hebben, blijkt in de praktijk de lateraliseren van functies een veel soepeler proces. De vraag is wat het effect van het MSB hierop zal zijn. Daar waar twee MSB's fuseren, zal er een bredere basis voor realisatie van de integratie zijn. Maar als een – slechts klein (!) – deel van het MSB niet wil fuseren ontbreekt een belangrijke bodem voor een geïntegreerde organisatie.

Figuur 16

Aanwezigheid van faciliteiten/zorgaanbod bij alle ziekenhuislocaties (excl. categorale instellingen) in aantal



“Het is mee-eten of opgegeten worden”

Hans van der Schoot is volop bezig met bestuurlijke samenwerking in de zorg. Als bestuursvoorzitter leidt hij de integratie na de fusie tussen het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis en het OLVG, en met het OLVG maakt hij deel uit van de Santeon-keten. De concentratie in de zorg zal nog veel sterker worden: “Ik verwacht dat er op den duur twintig à dertig ziekenhuisnetwerken overblijven.”



Welke doelstellingen van jullie eigen fusie zijn inmiddels behaald, en wat is moeilijker te realiseren?

“Het oorspronkelijke idee was dat we met voldoende groei, door onderdelen samen te voegen, een enorme sprong naar een betere kwaliteit tegen een lagere prijs konden maken. Dat staat nog steeds overeind en blijft leidend. We hebben de afgelopen jaren vooral gewerkt aan de profilering van de twee locaties. Het integratieplan daarvoor nadert zijn voltooiing, en dat wordt nu vertaald in een investeringsplan dat we gaan uitvoeren. Naar mijn gevoel hebben we vrijwel alles van de oorspronkelijke doelstellingen bereikt, behalve het voldoen aan het verwachtingspatroon van veel mensen dat zoiets heel snel zal gaan. Ik geloof dat wij in de eerste gesprekken met de verzekeraar al moesten aangeven wat de verzilvering van de fusie-effecten hun zou opleveren. Maar integreren is iets van de lange adem; daar moet vooral niet van verwacht worden dat er binnen een paar maanden of een paar jaar feitelijke effecten van te zien zijn.”

Wat maakt het dan zo moeilijk om dat te realiseren?

“Een van de grootste uitdagingen is te komen tot een adequaat integratieplan dat de beoogde meerwaarde en volu-

megroei oplevert door onderdelen samen te brengen op één locatie, maar dat ook rekening houdt met de samenhang in de geneeskunde. Voor meer losstaande vakken als orthopedie, oogheelkunde en deels ook oncologie bestaat al een traditie van focus. Die vakken zijn relatief eenvoudig op één locatie samen te voegen. Maar je kunt niet de heelkunde of de interne naar één kant brengen. De lateralisatie kent dus aandoeningsspecifieke grenzen. Voor vakken met veel verbindingen is het een heel ingewikkelde en tijdrovende puzzel om die te demonteren en vervolgens opnieuw op te bouwen.”

We zien dat de huidige fusiegolf op zijn einde lijkt te lopen. Wat zou daar je verklaring voor zijn?

“Ik weet niet of ik het ermee eens ben dat de fusiebeweging op zijn retour is. Wat me opvalt, is dat juist de juridische fusiebeweging toeneemt. Ziekenhuizen die jaren een bestuurlijke fusie hebben gehad gaan nu over tot een juridische fusie: Kennemer en Spaarne, Alkmaar en Gemini, Medisch Centrum Haaglanden en Bronovo. Wij gaan nu juridisch fuseren, twee jaar na onze bestuurlijke fusie. Daar waar je eerder nog wel bestuurlijk fusies zag die niet zo veel

inhoud kregen, is nu de noodzaak om te integreren groter.”

De titel van dit hoofdstuk is: Bestuurlijke samenwerking in de zorg: van vrijheid naar realiteit.

“Maar dat is het precies! Wat speelt is de druk van verzekeraars en banken; die duwen het die kant op. Ik ken een ziekenhuis dat gewoon geen geld krijgt voor nieuwbouw, omdat zowel de verzekeraars als de banken zeggen: ga eerst maar fuseren met je buurman. Je ziet dat de investeringsbereidheid van banken zeer sterk afneemt, net als de contractbereidheid van verzekeraars, en dat ze tegenwoordig dit soort financiële fusies afdwingen voordat ze langjarige verplichtingen aangaan.”

We zien ook dat de financiële instabiliteit in de sector toeneemt. Dat heeft onder meer geleid tot een aantal recente overnames. Is daar sprake van een korte, noodzakelijke shake-out die nieuwe stabiliteit in de sector heeft gebracht?

“Nee, die shake-out is nog lang niet klaar. De concentratie zal doorgaan, en of dat nou via fusies of overnames verloopt, dat komt uiteindelijk toch op hetzelfde neer. Recente fusies tussen ongelijke partners zijn toch ook wel ingegeven

door de gedachte dat je daarmee een meer gedwongen overname voor kunt zijn. Het is mee-eten of opgegeten worden, en met een fusie voorkom je dat je wordt opgegeten. Persoonlijk verwacht ik dat er op den duur twintig à dertig ziekenhuisnetwerken overblijven.”

Is Nederland naast Santeon klaar voor meer, mogelijk ook bovenregionale ketenvorming?

“Ik denk het wel, alleen zie je nu nog dat de regionale dynamiek dominant is. Maar dat zal waarschijnlijk niet zo blijven. Als die twintig à dertig netwerken zich ontwikkeld hebben, dan zal landelijke ketenvorming zeker toemen. Maar eerst moet die regionale ordening nog een paar jaar de tijd krijgen. En dan zal zo’n Santeon-verband, dat nu al vrij krachtig is op kwaliteitsgebied, ook op bedrijfseconomisch gebied steeds krachtiger worden.”

Zie je Santeon zich ook ontwikkelen tot een landelijk topmerk, waarin de titel Santeon misschien belangrijker is dan de titel SLAZ/OLVG?

“Dat acht ik niet uitgesloten! En het is ook niet uitgesloten dat het zelfs één bedrijf wordt, met één raad van bestuur en met één jaarrekening. Dat is misschien een traject van tien jaar, maar uiteindelijk gaat dat denk ik gebeuren. Omdat je dan tegemoet kunt komen aan die juiste mix van zaken die regionaal in

orde moeten zijn – denk aan acute zorg en de keten verloskunde – en de elementen waarop je enorm kunt concurreren. We zijn nu sterk regionaal bezig, die landelijke netwerken moeten zich gaan vormen, en wat is dan de volgende stap? Landelijke of zelfs internationale concurrentie moet ergens een platform krijgen, en dat kan alleen maar in dat soort ketens.”

We kunnen dus nog de nodige dynamiek in de sector verwachten.

“Ja, en toch is het jammer dat we in Nederland enigszins belemmerd worden in het tempo van verandering door allerlei ‘gepolder’. Als ik kijk naar de slagkracht waarmee de NHS in Engeland veranderingen doorvoert, dan ben ik daar zeer van onder de indruk. Daar wordt gewoon top-down gedaan wat wij hier in Nederland met ongelooflijk veel geklungel bottom-up willen laten plaatsvinden. Denk bijvoorbeeld aan de vrijheid voor ieder ziekenhuis om zelf het wiel uit te vinden bij het uitzoeken van zijn eigen elektronisch patiëntendossier. Ik vind het jammer dat wij in Nederland niet in staat zijn om iets meer tempo te betrachten in de veranderingen die nodig zijn, omdat ze namelijk samenhangen met de veranderingen in de geneeskunde en in de samenleving.”

ERVARINGEN UIT HET VERENIGD KONINKRIJK

Ook in het Verenigd Koninkrijk lijkt het niet eenvoudig om de meerwaarde van een fusie te verzilveren. Waar er in Nederland druk wordt uitgeoefend door zorgverzekeraars en financiers om ingrijpende keuzes te maken in het zorgaanbod, is men in Engeland wat meer behouden. Het aanpassen van locatieprofielen ligt gevoelig, niet alleen in de ziekenhuizen zelf, maar, omdat het een National Health System betreft, ook politiek. Daar waar minister Schippers zich vaak onthoudt van uitspraken en vaak de verantwoordelijkheid laat bij het veld, mengt de politiek zich in het Verenigd Koninkrijk wel in de discussie. Deze politieke gevoeligheid zorgt ervoor dat ingrijpende wijzigingen in locatieprofielen soms al sneuvelen in het traject van het verkrijgen van toestemming.

Een andere verklaring die in het Engelse onderzoek naar voren komt is de focus op de korte termijn om goedkeuring te verkrijgen voor de voorgenomen fusie. Nadat de daadwerkelijke goedkeuring is verkregen, wordt er vervolgens te weinig aandacht besteed aan de benodigde transformatie van de fusieorganisatie.

Wellicht is dit dan ook een van de redenen waarom er in het Verenigd Koninkrijk nu al meer dan in Nederland verschillende en ook lichtere vormen van samenwerking worden verkend zoals een joint venture, een franchisemodel of een coöperatie. Welke vormen uiteindelijk het meest effectief zijn, zal de komende jaren moeten blijken. Iets om in de gaten te houden.

2.3 Alternatieve vormen om tot vruchtbare samenwerking te komen

Steeds duidelijker wordt dat de opbrengsten van veel ziekenhuisfusies in de praktijk moeilijker te realiseren zijn dan op voorhand gedacht. De oogst valt op dit moment nog tegen, alhoewel er wel licht aan de horizon lijkt te schemeren. Daarmee wordt het ook tijd de vraag op te werpen of fusies altijd de juiste reactie zijn op de ontwikkelingen waar zorgaanbieders zich mee geconfronteerd zien. Duidelijk is dat het nieuwe era in de zorg, dat gekenmerkt wordt door marktwerking, concurrentie, kwaliteitseisen, vraagterugval en vaak grote investeringen, vraagt om nieuwe oplossingen. De financiële problemen en gedwongen overnames laten zien dat het, zeker voor de kleine ziekenhuizen, steeds moeilijker is om stand-alone te opereren.

In onze visie zijn er voor de toekomst twee oplossingsrichtingen waarlangs gedacht kan worden:

1 Van regionale samenwerkingsverbanden naar regio-overstijgende samenwerkingsverbanden

Een mogelijke verklaring voor de tegenvallende opbrengsten van bestuurlijke samenwerking is dat vrijwel alle huidige samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen een regionale basis hebben. De potentiële synergievoordelen zijn daarbij op papier groot: ze vallen te behalen in de primaire zorgprocessen, via het optimaliseren van zorg- en locatieprofielen. Regionaal kan er zo een efficiënt en passend zorgnetwerk ontstaan. In de praktijk blijken de barrières vaak hoog: de perceptie is dat de 'winst' voor de ene locatie of partner ten koste gaat van de andere. De balans van de fusie wordt nogal eens opgemaakt in termen van verlies en winst voor de oude onderliggende organisaties. Dat gevoel speelt niet alleen binnen de organisatie, ook lokale gemeenschappen zien een fusie en mogelijk verlies van zorgfuncties vaak met argusogen

tegenmoet. De ervaring leert dat dit proces te managen is, maar veel tijd en bestuurlijke energie vergt.

Regio-overstijgende samenwerkingsverbanden kennen een andere winst-en-verliesrekening dan regionale fusies. De synergievoordelen zijn op het oog kleiner: ze moeten komen uit gezamenlijke ondersteunende processen, kwaliteitsbeleid en marketing. De grotere winsten van herverdeling over locaties en alternatieve aanwending voor gebouwen zijn er niet. Maar juist de kleinschaligheid en de mogelijkheid om stap voor stap op te bouwen maakt dit soort samenwerkingsverbanden gemakkelijker te realiseren. Bovendien zitten er aan dergelijke samenwerkingen minder mededingingstechnische haken en ogen, en zijn ze vanwege hun relatief beperkte complexiteit beter bestuurbaar.

Een voorbeeld van een regio-overstijgende bestuurlijke samenwerking in Nederland die zich steeds verder ontwikkelt is de Santeon-keten. Een coöperatie van zes topklinische ziekenhuizen verspreid over Nederland. Santeon profileert zich nu vooral op het gebied van zorgkwaliteit, in de breedste zin van het woord. Met initiatieven op het gebied van gezamenlijke aanbestedingen voor behandelingen van borstkanker is binnen Santeon echter ook een beweging naar meer bedrijfseconomische samenwerking in gang gezet. Hans van der Schoot, bestuursvoorzitter van een van de Santeon-ziekenhuizen, ziet die ontwikkeling nog veel verder voeren: hij sluit niet uit dat op een termijn van tien jaar de Santeon-ziekenhuizen gefuseerd zijn tot één bedrijf, waarin de deelnemende ziekenhuizen hun zelfstandigheid hebben opgegeven (zie ook het interview op pagina 24).

Daarmee wordt een model neergezet voor stapsgewijs intensievere en effectieve bestuurlijke samenwerking tussen ziekenhuizen. De bestuursvorm volgt in het San-

teon-scenario de samenwerking zoals die in de praktijk al plaatsvindt. Dit proces van 'bottom-up' groeiende samenwerking sluit wellicht beter aan op de Nederlandse cultuur in het algemeen en die in ziekenhuizen in het bijzonder, maar mondt wel uit in dezelfde samenwerkingsvormen zoals die in het buitenland al bestaan. Ziekenhuisketens als Helios in Duitsland, Apollo in India en Ramsey in Australië en Verenigd Koninkrijk zijn met hun kwaliteit-label en gezamenlijke services zeer succesvol.

Dit model kan ook voor kleinere, financieel meer kwetsbare ziekenhuizen een succesvolle vorm van samenwerking opleveren. Het biedt ze de mogelijkheid een deel van hun kapitaalintensieve investeringen, IT, inkoop en ondersteunende diensten te delen en daarmee het beslag op hun investeringsruimte te delen. Dit perspectief van 'samen sterk' is waarschijnlijk een aantrekkelijker optie dan de 'onderliggende' partij te worden in een overname. Op het moment van schrijven van deze publicatie lijkt deze ontwikkeling in gang te zijn gezet.

2 'Structure follows strategy': een klassieker die ook op samenwerking toe te passen is

Het klassieke 'structure follows strategy'-principe dat we hier bepleiten is ook het uitgangspunt voor het volgende kader. Daarin komen verschillende alternatieve vormen van bestuurlijke samenwerking tussen ziekenhuizen aan de orde die zijn ingericht met het oog op het optimaal benutten van de aanwezige synergievoordelen. Van deze vormen zullen we kort een aantal succesvolle internationale cases beschrijven die als voorbeeld voor de Nederlandse ziekenhuissector kunnen dienen.

KPMG Meijburg

Integrale bekostiging, gelijke gerichtheid en samenwerkende ziekenhuizen

Integrale bekostiging

Vanaf 1 januari 2015 doet de integrale bekostiging haar intrede zodat er meer gelijke gerichtheid is tussen ziekenhuizen en medisch specialisten. Deze maatregel dwingt tot herziening en aanpassing van de verhoudingen tussen medisch specialisten en ziekenhuizen en vraagt om intensievere samenwerking op het gebied van productportfolio, kwaliteit, tariefstelling en bedrijfsvoering. Onder andere uitmondend in gezamenlijke onderhandelingen over het integrale ziekenhuisbudget met de zorgverzekeraars en daarmee indirect ook over de vergoeding die medisch specialisten krijgen voor de zorg die ze leveren.

Samenwerkingsmodellen

De invoering van de integrale bekostiging heeft in veel gevallen gevolgen voor de fiscale positie van de vrij gevestigd medisch specialisten. Om het fiscale ondernemerschap te kunnen behouden hebben de Orde van Medisch Specialist (OMS) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) ultimo 2013 een aantal modellen uitgewerkt en afgestemd met het ministerie van Financiën. Onderscheiden worden het transparante (maatschap) en niet-transparante samenwerkingsmodel (bv/coöperatie) en het zogenaamde (transparante/niet-transparante) participatiemodel. In het participatiemodel is sprake van een rechtstreeks belang van de vrijgevestigde medisch specialisten in de (gehele) ziekenhuisexploitatie.

Keuzes

Uit onderzoek onder bestuurders van ziekenhuizen is gebleken dat in 41% van de gevallen is gekozen voor het medisch specialistisch bedrijf (transparant/niet-transparant MSB). In 36% van de gevallen voor de loondienst-

constructie (16% AMS+-variant en 20% AMS-variant) en 15% overig. Slechts in 8% van de gevallen is gekozen voor een vorm van participatie.

Gelijke gerichtheid en samenwerking?

Eind 2014 lijkt het erop dat de integrale bekostiging per 1 januari 2015 in formele zin niet zal leiden tot meer gelijke gerichtheid en samenwerking tussen medisch specialisten en ziekenhuizen. Met de dominante keuze voor het MSB kiezen medisch specialisten in meerderheid voor behoud van de eigen zelfstandigheid. Hieraan ten grondslag liggen met name de eisen die de Belastingdienst stelt aan het fiscale ondernemerschap, mogelijk toekomstige WNT-regimes en de tijdsdruk die er was voor het opzetten van de toekomstige constructie. Om een (echte of fictieve) dienstbetrekking bij het ziekenhuis te voorkomen, is veelal gekozen voor een niet-transparant business-to-business samenwerkingsmodel, waarbij een klant-leveranciersrelatie met het ziekenhuis ontstaat.

Anders dan de naam doet vermoeden leidt dit model naar onze mening tot een vermindering van de gewenste samenwerking en gelijke gerichtheid met het ziekenhuis. Bij de transparante samenwerkingsmodellen kan nog gesproken worden over verdergaande verantwoordelijkheid van vrijgevestigde medisch specialisten voor de kosten van de zorgverlening dan voorheen. Daar is bij de niet transparante samenwerkingsmodellen vaak geen of nauwelijks sprake van, mede of uitsluitend als gevolg van de daaraan door de Belastingdienst gestelde criteria.

In het niet-transparante model brengen de medisch specialisten hun maatschapsaandelen in, in praktijk-

vennootschappen en verenigen zij zich, al dan niet met inbreng van hun maatschapsaandelen, in een gezamenlijke, niet-transparante entiteit zoals een bv of coöperatie met een gezamenlijk bestuur. Gezamenlijk onderhandelen zij vanaf 1 januari 2015 met het ziekenhuis over de tarieven en voorwaarden van hun dienstverlening. Door deze concentratie van belangen vormen zij een potentieel machtsblok in de relatie en onderhandelingen met raden van bestuur van ziekenhuizen en indirect ook zorgverzekeraars. De jure versterkt het niet-transparante samenwerkingsmodel daarmee de belangentegenstellingen tussen medisch specialisten en ziekenhuis.

Alles overziende is het beeld dat onvoldoende aandacht is besteed aan concrete invulling van de samenwerking tussen medisch specialisten en ziekenhuizen om te komen tot een meer efficiënte, kwalitatief hoogwaardige zorg. Medisch specialisten laten zich met name leiden door fiscale motieven en de raden van bestuur door governance met betrekking tot de kwaliteit en veiligheid van zorg. De conclusie is dat de aanloop naar integrale bekostiging 2015 in veel gevallen eerder tot versterking van de belangentegenstellingen tussen medisch specialisten en ziekenhuizen leidt dan dat men dichterbij elkaar komt. Zowel het formele fusietraject als het verzilveren van de meerwaarde van samenwerking in het postfusietraject kan hiermee bemoeilijkt worden.



3

Creating value through hospital collaboration

A higher degree of integration does not guarantee more added value. In some instances the opposite is true. A partnership where a specialist imaging provider takes ownership over the imaging services for a hospital, can yield quick and practical added value, whereas a merger between two regional hospitals on all levels, can stagnate processes and lead to only medium added value on a much longer term. So how do you decide what form of collaboration will deliver the added value you seek?

3.1 Form follows function: defining added value

When deciding on the appropriate form of collaboration, the starting point is to define the fields of expected added value, understand the collective and individual goals of the stakeholders involved and the time and resources they can contribute.

It is easy to list a multitude of fields of added values through collaboration. The list to the right is by no means exhaustive, but shows the breadth of drivers for collaboration and each form of collaboration will address some aspects more than others. We do of course recognise that providers are continuously engaging in various sorts of deals, alliances and partnerships, and operate in networks, sometimes formal, sometimes informal.

The identification of the added value will make certain partners attractive for collaboration and will specify what domains the collaboration will focus on. For a hospital primarily seeking economies of scale, it can be interesting to establish a shared service centre with a neighbouring hospital. It will probably have fewer constraints in identifying a partner for collaboration than a hospital looking to create an integrated care pathway for patients with complex care in a certain geographical area. It will also be likely to be collaborating across a narrower field of activity.

Next it is important to assess the required depth of integration and level of control of the parties involved. A complete consolidation of organisations and cultures can be suitable, but only if the need for organisational autonomy for one or more parties involved is low and the sought after degree of integration is high. This can be the case when one or more hospitals take over a hospital in distress to preserve access to care in the region. If the aim is to integrate services, but organisations also wish

Potential added value through collaboration

From a rational perspective: Efficiency, reliability and control

- Introducing economies of scale to reduce cost
- Reducing organisational complexity of care delivery for a specific population / patient group (integrated care)
- Increasing the sphere of influence of the board
- Optimising geographical diversification
- Being flexible to adapt to new requirements

From a natural perspective: Workforce retention and increased professional learning

- Attracting / retaining high quality staff
- Increasing the overall quality of care for patients

From an open perspective: Being distinctive and retaining position in a changing landscape

- Focusing on a specific group of patients
- Increasing brand recognition in the market

to remain autonomous, collaboration may initially be limited to co-existence with a gradually increasing dependency between organisations. That can be the case when an independent hospital becomes integrated into a larger hospital group, gradually conforming to standard processes and procedures. Establishing the right timeframe and method for moving towards integration will be key. In a situation where all concerned parties have a wish to

remain autonomous and high in control and when the domain for actual integration is limited, the added value of collaboration will need to be weighed against the effort required to establish it. In all cases the balance between added value and efforts has to be monitored closely and needs to serve as the basis for the selection of the appropriate form and phasing of the collaboration process.



Malcom Lowe-Lauri, Global Center of Excellence, KPMG in Australia

Malcolm has been at the forefront of the NHS's modernization efforts, having helped several UK healthcare authorities deliver change and improve performance. Most recently Malcolm was CEO of University Hospitals Leicester (NHS) Trust, England's third-largest university hospital trust with \$1 billion turnover and 11,500 employees, where he moved the hospital's direction on following a failed asset renewal program. Malcolm is currently an Advisory partner in Australia and a part of KPMG's global Centre of Excellence. One of his areas of expertise is the development and implementation of new care delivery models to achieve cross-organisational change. He is the lead author of the report on Partnerships, Networks and Alliances that will be released in April 2015 as part of KPMG's What Works series.

3.2 What's in a name: different forms of hospital collaboration

We look at four types of collaboration in more detail. This is not an exhaustive list and we do of course recognise that providers are continuously engaging in various sorts of deals, alliances and partnerships, and operate in networks, sometimes formal, sometimes informal.

Merger

When discussing hospital collaboration the classical merger is usually the first and most common form of collaboration that comes to mind. A hospital merger generally includes the full integration of services of two or more organisations and the creation of a single governing body for the merged organisation. Most hospital mergers involve hospitals within close geographical distance. Reasons to merge can be upside (establishing economies of scale in governance, back office and shared services – including shared clinical and operational resources and leadership, expanding the organisation's catchment area, etc.) or downside (managing financial difficulties, etc.). A merger can create opportunities to transfer staff between locations and create distinct service portfolios, optimizing geographical diversification and maintaining accessibility of care in a region. It can help increase the catchment area of an organisation and increase volumes to enable more efficient use of resources and a higher quality of care through increased volumes and sharing of best practice policies.

However, the merger process itself can be costly and time-consuming and requires integrating policy, processes & systems as well as people. The truism that 'culture eats strategy for breakfast' is often ignored and not properly analysed pre-merger. Cultural assessments addressing issues such as organisational values, leadership style, decision making processes and accountability regimes, can expose potential risks. Strategies will have to be developed to mitigate such risks.

Examples

In a public sector context, the merger of Selly Oak Hospital and the Queen Elizabeth Hospital Birmingham proceeded in 1995 with plans to merge onto a single site, which eventually occurred at the end of 2010. Consistent with successful mergers, the resultant organisation **University Hospitals Birmingham** is rarely remembered as the product of a merger.

Similarly, **University College London Hospital** resulted from the merger of six hospitals located nearby and has also pursued a policy of consolidation onto a single site which has again led to a sense of cohesion.

Guys and St Thomas', on the other hand, has maintained a two site model – and, while some allegiance to site remains, the hospital operates as a single trust and actively pursues working across its two sites, even providing a shuttle bus for staff to commute between the two locations.

Hospital group (chain)

Collaboration between hospitals in a hospital group or chain can come about in multiple ways and takes many different shapes. A hospital that 'joins' a hospital group will usually fall in line with the existing processes of procedures within the group and would usually hand over control to a single board of directors. Depending on the chain, benefits can include better quality of care, increasing attractiveness of the hospital for professionals and increasing brand recognition in the market. A chain allows for consistent models of care, based on best practices, consistently delivered, across the chain. It can, however, be challenging for a single management team to operate across multiple sites, which may lead to the creation of local management teams that arguably duplicate this role. In a multisite model, it can also be more difficult to deliver economies of scale, particularly in specialities which are below critical mass on either site. Emergency care is a good example since valuable consultant time cannot simply be sliced between sites.

Examples of hospital groups (chains)

Apollo Hospitals Group in India is a well-known successful example, with 51 hospitals and 100 primary care and diagnostic clinics spread all over the country. All doctors practise medicine according to minutely detailed protocols, with one chairman and a group of executive directors at the head of the group.

Helios Hospital group in Germany is another well-known example, consisting of 110 hospitals distributed over all regions in Germany. The central management of the Group supports the regions and the individual hospitals. All hospitals use the Helios quality management system to continuously measure and improve performance.

In 2007, **Ramsay Health Care Australia** acquired the former private hospital business of Capio in the UK, with 22 hospitals throughout England employing a staff of over 3,000 people. Capio was disposed in response to a requirement from the EU Competition Authorities. Ramsay worked to integrate the business into its own. The business fulfilled Ramsay's desire for growth, which was difficult to achieve in its home market due to its high levels of market share. Introducing principles of management – learned in Australia – led to a significant sustained increase in profitability and market share over the following years.

Franchise

In a franchise arrangement, the franchisee buys the right to market goods or services under the franchisor's brand name (Blair and Lafontaine 2005; Combs et al. 2004a). When hospitals provide high quality care, it can be interesting to franchise the care delivery model to other hospital departments. The level of freedom for the franchisee can differ. A franchise can have strict specifications on what services are delivered and in what way, but can also allow organisations to retain a unique character and vary where they consider they should. Retaining a distinct organisational form between franchisees may, however, act as a barrier to sharing systems, resources and staff.

In general, a franchise provides access to best practices and allows patients to rely on a consistent standard of care across the network. They are also likely to deliver some economies of scale – in development of processes and procedures and probably procurement. As much as all parties will benefit from a good quality brand, all members will also be disadvantaged when the quality of the brand is challenged.

Examples of franchises

The **Dutch Eye Care Network**, started by the Eye Hospital Rotterdam, introduced a franchise model in 2007 and now has 14 departments of ophthalmology of Dutch hospitals participating. These departments take over the medical and financial concepts of the Eye Hospital Rotterdam. All medical protocols and work instructions are laid out in a handbook. Because the Eye Hospital Rotterdam has an outstanding position in the market, and continues to evolve and improve its methods, ophthalmology units joining the franchise see an increase in efficiency, quality of care and volume of referrals. In return, they pay 4 to 5 percent of revenues to the Eye Hospital Rotterdam.

Premier Healthcare US – While describing itself as an alliance, it has many of the hallmarks of a franchise. It is a membership organisation dominated by not-for-profit hospitals. It acts as a central procurement organisation for its members but also collates best practices across the network, developing these into standards for the delivery of care. Its members use these standards to reduce variation in care and to improve quality.

The **Children's Hospitals of Philadelphia (CHOP)** has been expanding its reach to deliver integrated care, for instance through franchise type collaboration. It has 11 community hospital partnerships where the hospitals have paediatric in-patient units staffed by CHOP physicians and specially trained paediatric nurses.

Joint venture

A fourth form of collaboration is the joint venture, a legal structure that allows parties to retain their distinct identities but collaborate on a specific task. Joint ventures in healthcare can focus on a specific group of patients, disease field or operational area. In the Netherlands, one of the most common form of collaboration for which a joint venture is chosen, is the collaboration between GPs and A&E in hospitals to set up an integrated A&E-centre with clearly differentiated pathways depending on the severity of the patient's situation. There are also examples of healthcare providers entering into a joint venture with a pharmaceutical company that delivers specific medical technologies the hospital can leverage.

Joint ventures can be attractive when the parties involved contribute a specific part to the collaboration and all parties involved share in the profits. They can provide a healthcare operator access to specialist skills that would not be reasonable to maintain on a stand-alone basis. In comparison to outsourcing, a joint venture provides greater transparency of financials and a greater say in the ongoing delivery of the service.

However, from his experiences André Holwerda (associate director KPMG Operation Strategy Group) comments: *"The key issue with joint ventures is the fact that there is sort of 'free rider' risk. As revenues, costs and profits are shared in the joint venture, there is always the incentive to keep profitable activities out of the joint venture (and keep the benefits) and push unprofitable activities, overhead costs, etc. into the joint venture, where they can be shared (instead of born on your own). Therefore, setting up a joint venture can be a painstaking exercise."*

Examples of joint ventures

Medtronic has entered into a joint venture with **Apollo Hospitals** in India around kidney disease. Announced in October 2013, they bring to market an affordable and portable hemodialysis system. The goal is to help increase access to care for end-stage renal disease patients who need renal replacement therapy. In India, approximately 10 percent of adults (nearly 75 million people) suffer from chronic kidney disease. This collaboration gives Medtronic the ability to deploy their kidney dialysis system to a large population, from a hospital to a home or village setting. For Apollo it will help reduce barriers to treatment for patients and help to lower the cost of dialysis treatment.

Similarly **DaVita**, a health care provider that has dialysis and related lab services as one of its main lines of business, has expanded its international footprint by starting a joint venture in Taiwan. As part of the joint venture, DaVita Taiwan will provide services to four dialysis clinics in Taiwan. The four clinics are located in and around Taipei, with a combined number of 88 stations and provides haemodialysis treatments to more than 250 patients.

In the UK, joint ventures have been most common for clinical support services like pathology and – more recently – for estates management. **Lancashire Care NHS FT (LCFT)** entered into a joint venture with a private estates management firm, **Ryhurst Ltd**, in order to improve its estates management capacity. By using specialist skills and expertise from Ryhurst, which it could not reasonably maintain as a stand-alone entity, LCFT has experienced construction cost savings as well as operational efficiency improvements. Similarly, **UCLH** and a Sonic subsidiary, **The Doctor's Laboratory**, have recently renewed their relationship around pathology by entering into an expanded joint venture with the **Royal Free Hospital**. This has allowed for significant investments across the pathology services and a scale of operations which none of the joint venture partners could achieve on their own.

An aerial photograph of a Dutch landscape. In the foreground, there are vibrant, colorful tulip fields in shades of red, orange, yellow, and green. A white wind turbine stands prominently in the middle ground, surrounded by green fields. In the background, there are more fields, some with small buildings, and a distant horizon under a clear sky.

4

Capitulum selectum **Financiering van de zorg**

Op de stelling 'Mijn organisatie heeft beperkingen op het gebied van financiering' reageert 70% van de respondenten bevestigend; 20% van de respondenten is het zelfs volkomen eens met deze stelling. In ons onderzoek naar samenwerking zien wij dat de financiële positie van ziekenhuizen in toenemende mate een aanleiding vormt voor een – al dan niet gedwongen – samenwerking. De omzet van de zorgsector staat onder druk en ziekenhuizen hebben een geheel ander risicoprofiel gekregen in de afgelopen jaren. Tegelijkertijd zijn banken veel minder dan voorheen bereid en in staat financiering te verstrekken, zeker niet tegen de tarieven en onder de voorwaarden waar de zorgsector onder de paraplu van overheid aan gewend was. Het aantrekken van langetermijnleningen voor renovatie en nieuwbouw van vastgoed zal in de huidige vorm van het zorgstelsel steeds uitdagender worden voor zorginstellingen. Mede op basis van ervaringen in het Verenigd Koninkrijk geven wij een aantal suggesties om de sector financierbaar te houden.

4.1 Ontwikkelingen in de financiële sector

De financiële crisis en de naweeën ervan hebben flinke sporen achtergelaten in het internationale bankenlandschap. Het vertrouwen in banken is nog altijd niet volledig hersteld. Dat heeft tot gevolg dat banken voor het (onderling) aantrekken van financiering nog steeds een flink hogere prijs betalen dan voor de crisis. Die hogere 'inkoopprijs' wordt doorbelast aan de klanten. Om de financiële sector robuuster te maken zijn banken bovendien gebonden aan meer en strengere regels. Met name de hogere kapitaaleisen resulteren in hogere kredietmarges op, kortere looptijden van en schaarsere bancaire financiering⁵.

Dit maakt dat bankfinanciering in Europa de komende jaren onder druk zal blijven staan. Dit geldt in mindere mate voor grote ondernemingen met naamsbekendheid en andere verdienmogelijkheden voor de bank, zoals betalingsverkeer en overige dienstverlening, maar des te meer voor bedrijven met veel onzekere factoren en relatief lage winstgevendheid. Banken zullen risico's met betrekking tot financiering kritischer gaan beoordelen dan voorheen.

De zorgsector wordt gekenmerkt door lage winstmarges en grote onzekerheden en zal daarom in de komende jaren hiervan de consequenties gaan ondervinden op het gebied van bankfinanciering. De onderlinge concurrentie tussen Nederlandse

banken voor zorgfinanciering is reeds afgenomen en deze trend zal zich vermoedelijk voortzetten. Bankkrediet zal daarmee voor de zorgsector schaarser worden, looptijden van leningen korter en de kredietmarges zullen stijgen.

4.2 Ontwikkelingen in de ziekenhuissector

De wijze waarop financiers naar de zorgsector kijken wordt beïnvloed door een aantal ontwikkelingen in de zorg. De gemeenschappelijke deler van deze ontwikkelingen is dat de onzekerheid over toekomstige kasstromen toeneemt en daarmee de risico's voor financiers dat leningen niet in hun geheel worden afgelost.

Figuur 17 geeft die ontwikkeling schematisch weer; wij verwachten dat deze trend de komende jaren in toenemende mate zichtbaar wordt.

Figuur 17
Ontwikkeling in de zorg



⁵ In opdracht van VNO-NCW heeft KPMG de effecten van de stapeling van regelgeving op de Nederlandse bancaire dienstverlening geanalyseerd. Stapeling regelgeving (2012). www.kpmg.com/nl/stapelingsregelgeving

De groei is uit de zorguitgaven

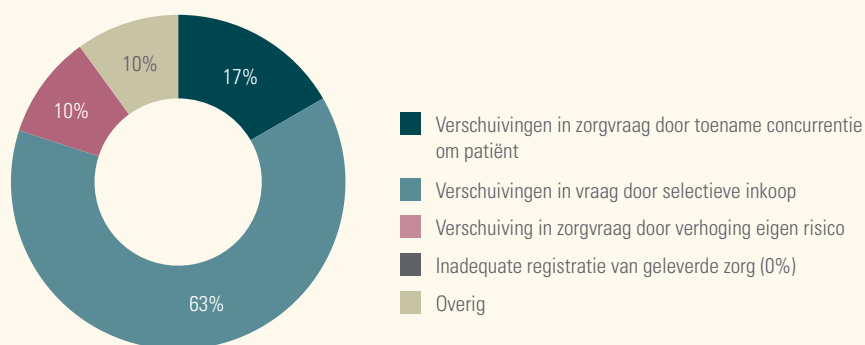
Vanaf 2012 is er sprake van een trendbreuk in de omzetontwikkeling van de Nederlandse ziekenhuizen. In de zomer van 2013 is met de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de betrokken zorgspelers het hoofdlijnenakkoord gesloten dat de uitgaven voor medisch-specialistische zorg verder inkadert. Deze afspraken komen erop neer dat het groeipercentage van de zorguitgaven wordt teruggebracht: naar 1,5% in 2014 en 1,0% per jaar van 2015 tot en met 2017. De periode waarin de ziekenhuissector een jaarlijkse groei liet zien ver boven de ontwikkeling van het BBP is hiermee tot een einde gekomen.

Toenemende druk op en onzekerheid over omzet

80% van de respondenten verwacht dat de omzet van zijn instelling in de toekomst volatieler (minder stabiel) wordt. Onderstaande figuur geeft weer wat volgens bestuurders de grootste risico's zijn voor de realisatie van de omzet in de komende drie jaar. In de categorie 'Overig' noemde men onder andere: de steeds veranderende wet- en regelgeving; verschuiving van medisch-specialistische zorg naar de eerste lijn; en nieuwe vormen van zorgverlening.

Figuur 18

De grootste risico's voor omzetrealisatie voor de komende drie jaar volgens de respondenten



Wij onderschrijven de verwachting dat de risico's voor de omzetrealisatie toenemen en zien daarvoor ook de volgende oorzaken: (i) selectieve inkoop door zorgverzekeraars; (ii) toenemende concurrentie tussen zorgaanbieders; en (iii) afname van de vraag door substitutie van de tweede naar de eerste lijn en vraaguitval.

- (i) De omzet van ziekenhuizen is bijna volledig afhankelijk van de afspraken met zorgverzekeraars. Van de 24,8 miljard euro die in 2013 is besteed aan ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg werd bijna 91 % vanuit de Zorgverzekeringswet bekostigd. De beheersing van de zorguitgaven en selectieve inkoop door zorgverzekeraars wordt dan ook sterk gestimuleerd door de overheid. Van de respondenten geeft het merendeel (63%) aan dat selectieve inkoop het grootste risico voor de omzetrealisatie voor de komende drie jaar is.
- (ii) Sinds de invoering van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) mogen zelfstandige behandelcentra (ZBC's) een groot gedeelte van de zorg aanbieden, waardoor het aantal zorgaanbieders aanzienlijk is toegenomen. Het aantal ZBC's is per oktober 2013 268.⁶ Met de toename van het aantal aanbieders van medisch-specialistische zorg en de toegenomen concurrentie tussen traditionele aanbieders neemt de druk op de omzet van instellingen toe.
- (iii) In het hoofdlijnenakkoord is afgesproken dat meer zorg wordt geleverd door huisartsen en gezondheidscentra. Verwacht wordt een toenemende verschuiving van zorg binnen de keten naar eerste- en anderhalve-lijnsorganisaties, wat gepaard zal gaan met omzetverlies voor ziekenhuizen. Op basis van onze indicatie betekent dit mogelijk een verschuiving van circa 10% van de ziekenhuiszorg.⁷ Daarnaast geeft een aantal zorgaanbieders aan in 2014 te maken te hebben gekregen met vraaguitval, wellicht veroorzaakt door een toename in het eigen risico van de verzekerden.

⁶ Bron: Nederlandse Zorgautoriteit: 'Medisch specialistische zorg - Weergave van de markt 2009-2013', december 2013.

⁷ Bron: Integrale Zorg, Naar nieuwe coalities in de zorg (2013) www.kpmg.com/nl/integralezorg

De zorgsector wordt gekenmerkt door een hoge mate van reguleringsrisico

De overheid probeert voortdurend meer grip te krijgen op de zorguitgaven in Nederland. De overheid stelt, ondanks het vrijemarktprincipe, jaarlijks het budgettaire kader ziekenhuizen vast. Om ervoor te zorgen dat dit plafond niet overschreden wordt, beschikt de rijksoverheid over het macrobeheersinstrument. Dit instrument kan algemene kortingen opleggen aan ziekenhuizen als achteraf blijkt dat het budgettaire kader is overschreden. Feitelijk betekent dit dat ziekenhuizen geconfronteerd zijn en worden met het terugbetalen van omzet, waar wel productie en dus kosten tegenover hebben gestaan. Daarnaast wordt onzekerheid gecreëerd over de financiële positie van ziekenhuizen door de voortdurende veranderingen in het systeem, zoals de veranderingen in registratie- en declaratievoorschriften en de transitie van de DBC-systematiek naar de DOT-systematiek.

Het gecombineerde effect van de verwachte stijging in de volatiliteit, de druk op de omzet van ziekenhuizen en de reguleringsonzekerheid, is dat ziekenhuizen een hoger risicoprofiel hebben gekregen. Financiers zullen ziekenhuizen daarom in toenemende mate gaan beoordelen volgens dezelfde criteria als welke ze hanteren voor commerciële bedrijven.

Ziekenhuizen sturen voornamelijk op behoud van omzet en niet op differentiatie

Ziekenhuizen zijn op zoek naar manieren om de omzet te stabiliseren en een dalende trend te voorkomen. De toegenomen onzekerheden in de realisatie van de omzet is voor

53% van de respondenten in meer of mindere mate een reden tot samenwerking. Opvallend is dat daarbij vaak gekozen wordt voor het vergroten van het adherentiegebied door te kiezen voor samenwerking met een ander ziekenhuis. In mindere mate wordt gekozen voor differentiatie in zorgaanbod (samenwerking in de keten) in combinatie met afbouw van functies en/of specialisatie van het zorgaanbod en het daarbij vergroten van het marktaandeel. In de categorie 'Overig' noemde men het verder verdiepen van de huidige bestuurlijke samenwerking, fusies, maar ook meer samenwerking in de keten met onder andere huisartsen.

Naast de keuze voor samenwerking die ziekenhuizen noemen om in te spelen op de toegenomen druk op de omzet, zullen ziekenhuizen naar verwachting steeds vaker strategische keuzes moeten gaan maken ten aanzien van hun zorgportfolio.

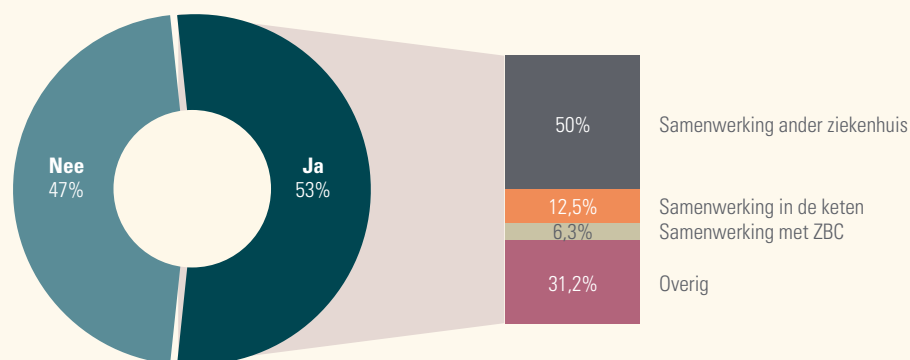
Verzekeraars en financiers oefenen in toenemende mate druk uit op ziekenhuizen om te kiezen voor specialisatie ten behoeve van de efficiency en de kwaliteit zoals ook naar voren komt in het interview met Wim van der Meeren (CZ) en Annerie Vreugdenhil (ING). Een dergelijke specialisatie kan echter de financiële stabiliteit van een ziekenhuis in gevaar brengen. Door de grote investeringen die in het verleden namelijk zijn gedaan in ziekenhuisvastgoed, worden instellingen vandaag de dag geconfronteerd met 'hoge' rente- en aflossingsverplichtingen. Om te kunnen blijven voldoen aan deze verplichtingen is het noodzakelijk om de omzet te behouden. Het is dan ook niet verwonderlijk dat ziekenhuizen op dit moment niet kiezen voor specialisatie, maar voornamelijk inzetten op behoud van volumes. Specialisatie kan een herwaardering van het vastgoed tot gevolg hebben, wat de meestal zwakke solvabiliteitspositie van ziekenhuizen verder verslechtert. Daarbovenop komt de vraag of een ziekenhuis in staat is tot een transitie naar specialisatie zonder in een herstructurerings- en/of een faillissementssituatie te komen.

Keuzes voor specialisatie door bestuurders kan waarschijnlijk alleen vrijwillig gebeuren als de instelling haar vastgoed bijna heeft afgeschreven en afgelost. De vraag is of er in de toekomst vaker sprake zal zijn van 'gedwongen' specialisatie door een herstructurering of een overname uit een faillissement, waarbij waarschijnlijk een gedeelte van de lening afgeschreven zal moeten worden.

De grote investeringen in vastgoed in het verleden, maar ook die van vandaag de dag, dragen bij aan inflexibiliteit van ziekenhuizen bij het inspelen op veranderende behoeften van patiënten, verzekeraars en het veranderende speelveld.

Figuur 19

Is demping van (mogelijke) volatiliteit in omzet reden tot samenwerking?
Zo ja, welke samenwerkingsvorm beoogt men?



“Stabiliteit en meerjarige contracten noodzakelijk voor de financiering van het stelsel”

Annerie Vreugdenhil is sinds 2010 directeur Commercial Banking van ING. Het kredietrisico in de zorg is toegenomen, ziekenhuizen lopen daadwerkelijk meer financiële risico's. Stabiliteit in de sector, strategische keuzes van ziekenhuizen in hun zorgportfolio en meerjarige contracten zijn cruciaal om investeringen financieel te houden.



Wat is de visie van ING als financier op de zorgportfolio's van instellingen?

“De zorg zit midden in grote veranderingen. Het stelsel verandert, er worden andere eisen gesteld aan de zorginstellingen, er is een vraag naar meer efficiency en technologische ontwikkelingen volgen elkaar in hoog tempo op. Daarom is het des te belangrijker dat bestuurders van instellingen strategische keuzes maken. Fusies kunnen daarbij een hulpmiddel zijn, om makkelijker tot locatiegebonden specialisaties te komen terwijl er toch in een regio alle functies worden aangeboden. Ook zouden fusies moeten leiden tot verbetering van de kwaliteit van zorg, verhoging van effectiviteit en efficiency en borging van de continuïteit.

Ziekenhuizen kunnen door keuzes te maken de kwaliteit van geboden zorg omhoog brengen. Deze keuzes moeten aansluiten bij de kernkwaliteiten van het ziekenhuis. Ook moeten ze een goed verdienmodel hebben. Daarnaast is het belangrijk dat de portfolio past in het regionale aanbod, er moet ruimte in de markt zijn. De zorgverzekeraars hebben hierin een belangrijk rol als het gaat om de regie van het aanbod. Zij zouden ziekenhuizen de ruimte moeten bieden om daadwerkelijk keuzes te kunnen maken, bijvoorbeeld door specialisatie te belonen met meerjarige contracten.

Dit sluit aan bij de visie van ING op het financieren van investeringen in de sector. De risico's van financiering zijn door alle veranderingen toegenomen. Dat maakt dat we in de zorg diepgaand kijken naar zowel de financiële positie als de stabiliteit van de cashflow en de continuïteit. Daarbij zijn de strategische keuzes en de bestuurbaarheid van de instelling belangrijk.”

Tegen welke knelpunten loopt ING aan bij financieringsaanvragen van ziekenhuizen?

“De financiële positie van ziekenhuizen is onzeker, nog steeds zijn de jaarrekeningen over 2013 niet vastgesteld. In het verlengde daarvan hebben ziekenhuizen allerlei financiële risico's door de steeds wijzigende regelgeving en overgangsregelingen. Een goede kredietanalyse van de instelling wordt hierdoor bemoeilijkt. Daarnaast is een ziekenhuis voor zijn omzet afhankelijk van een gering aantal afnemers (verzekeraars) die vaak regionaal een dominante positie hebben.

De vaak ingewikkelde governance van de instelling maakt het voor de instelling lastig om in een bewegende markt snel en goed te anticiperen. Al deze punten zijn van belang in de beoordeling van de langetermijncontinuïteit van ziekenhuizen.”

Zijn er voldoende zekerheden voor financiers om de risico's te mitigeren?

“Op het gebied van werkkapitaal hebben banken onvoldoende zekerheden. Banken financieren nu de inefficiëntie in het huidige contracterings- en declaratieproces. Strikt genomen is er namelijk genoeg werkkapitaal. De vraag is of banken een toekomstige rol hebben in de financiering van werkkapitaal. Naar onze mening hebben verschillende partijen hierin hun eigen rol: de overheid vanuit het functioneren van het systeem, de verzekeraar vanuit zijn rol als primaire financier van het werkkapitaal, de ziekenhuizen als het gaat om het inregelen van efficiënte declaratieprocessen. Wij hebben vervolgens de verantwoordelijkheid om op

een verantwoorde manier de huidige werkkapitaalfaciliteiten in te regelen naar de nieuwe werkelijkheid.

Bij de financiering van het vastgoed speelt een ander probleem; namelijk de beperkte mogelijkheden voor een alternatieve invulling. Als de zorgverlening op de locatie ophoudt, is de waarde van het vastgoed vaak zeer beperkt. In combinatie met het feit dat de bank zich langjarig moet verbinden aan het ziekenhuis als het gaat om vastgoedfinanciering, is het noodzakelijk dat ook de zorgverzekeraar die de zorgvolumes toewijst aan aanbieders, dit doet.”

De sector is voornamelijk bancair gefinancierd. Is de ING van mening dat nieuwe toetreders op de markt nodig zijn om (naast de banken) ziekenhuizen te financieren?

“Het zou inderdaad goed zijn als nieuwe partijen toetreden om de markt voor financiering te verbreden. De afhankelijkheid van ziekenhuizen van banken is nu te groot. Natuurlijk voelen wij een maatschappelijke verantwoordelijkheid, maar het is onwaarschijnlijk dat alle toekomstige investeringen en werkkapitaal gefinancierd kunnen worden door banken. Overigens is onze ervaring dat potentiële toetreders terughoudend zijn, onder andere door het ingewikkelde speelveld en de voortdurend wijzigende regelgeving. Om nieuwe financiers aan te trekken zal er stabiliteit moeten komen in het stelsel, zullen er meerjarige contracten moeten kunnen worden gesloten met verzekeraars en zal er gewerkt moeten worden aan een transparant businessmodel van ziekenhuizen.”

FINANCIËLE ASPECTEN BIJ JURIDISCHE FUSIES

De verwachting is dat de komende jaren een aantal bestuurlijke samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen zijn beslag zal krijgen in een juridische fusie. Bij een juridische fusie is het van belang tijdig in kaart te brengen welke financiële aspecten een rol spelen. Vanuit een accountingsperspectief zien wij de volgende aandachtspunten:

- Allereerst **het moment van financiële consolidatie**. Dit wordt bij een fusie tussen twee ziekenhuizen bepaald door het moment waarop over en weer sprake is van 'overwegende zeggenschap/personele unie' en niet per se het moment dat een topstichting boven de beide stichtingen wordt gevormd. Wanneer bijvoorbeeld in het jaar voorafgaand aan de fusie gezamenlijk afspraken gemaakt worden met de zorgverzekeraar en/of onderhandelingen gezamenlijk worden gevoerd, kunnen dat aanwijzingen zijn dat al geconsolideerd moet worden.
- Ten tweede **de harmonisatie van de waarderingsgrondslagen**. Het consolideren van de jaarrekeningen vraagt de organisatie om standpunten in te nemen over de waarderingsgrondslagen van verschillende balansposten. Belangrijke posten zijn de waardering van het vastgoed en het onderhanden werk. Ziekenhuizen kiezen sinds kort zelf in welk tempo het vastgoed wordt afgeschreven. Hierdoor zien wij met betrekking tot vastgoed verschillen ontstaan in de waarderingsgrondslagen. Voor het onderhanden werk geldt dat een betrouwbare bepaling en waardering

van het werk steeds belangrijker worden door het wegvallen van de overgangsregeling. De harmonisatie van de waarderingsgrondslagen kan leiden tot eenmalige mee- en/of tegenvallers die ten laste komen van het resultaat. Het is daarom verstandig om tijdig na te denken over de harmonisatie van de waarderingsgrondslagen en deze mee te nemen in de due diligencefase.

Daarnaast is het vanuit bedrijfseconomisch perspectief van belang om als raad van bestuur of raad van toezicht inzicht in de risico's en kansen van de beoogde fusie te hebben. Dit inzicht kan worden verkregen door het laten uitvoeren van een due diligence onderzoek.

Zo'n onderzoek geeft inzicht in de werking van het businessmodel en de mate waarin de aannames van een businessplan van de fusie gevalideerd kunnen worden. Daarnaast geeft een due diligence onderzoek goed inzicht in de winstgevendheid en financiële positie van de fusiepartner gecorrigeerd voor eenmalige effecten en niet-representatieve items.

Verder is het van belang om tijdig de bank en eventueel het WfZ over de voorgenomen fusie te informeren. Een comfortabele positie van een bank voor de fusie kan resulteren in een niet-acceptabele na de fusie, bijvoorbeeld doordat de totale exposure op één juridische entiteit te groot wordt. Ook zullen financiers de fusie aangrijpen om opnieuw te kijken naar de zekerheden die onder de leningen liggen.

4.3 Financiering van de ziekenhuissector

De ziekenhuissector wordt voornamelijk gefinancierd door leningen van een beperkt aantal banken. Op basis van de jaarverslagen over 2012 van alle ziekenhuizen ontstaat onderstaand overzicht. Onder 'Overig' vallen vooral financieringen verstrekt door consortia van voornamelijk Nederlandse banken.

Circa 21% is geborgd door middel van een garantie van het Rijk, provincies of gemeenten of Stichting Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ). De overige circa 79% is niet geborgd anders dan door normale zekerheden zoals een hypotheccair recht. Van de uitstaande leningen is het grootste gedeelte aangewend voor de financiering van nieuwbouw en/of renovatie van kostbaar ziekenhuisvastgoed.

Financiering wordt voornamelijk aangetrokken voor investeringen in vastgoed

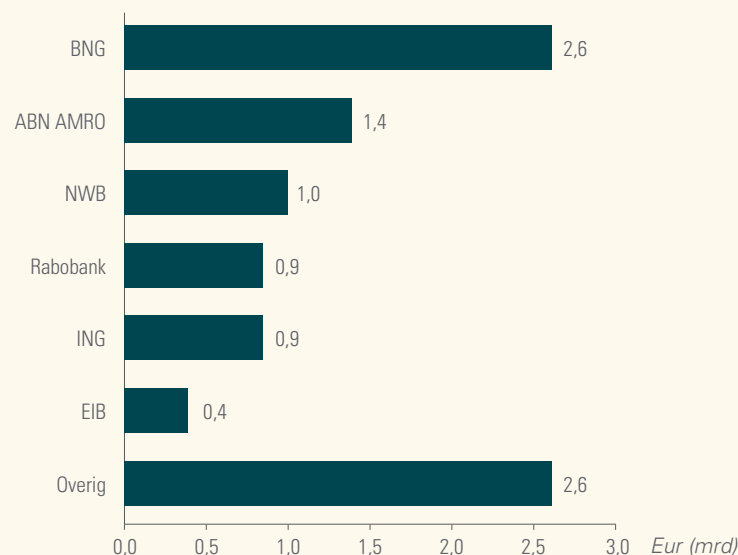
Onderstaande figuur geeft weer dat iets meer dan 50% van de respondenten in 2013 financiering heeft aangetrokken voor nieuwbouw en/of renovatie. Daarnaast heeft circa 40% van de respondenten financiering aangetrokken voor inventaris, ICT en/of medische apparatuur.

Opvallend is dat ongeveer 30% van de respondenten aangeeft financiering te hebben aangetrokken voor nieuwbouw met een omvang groter dan EUR 25 miljoen. Ziekenhuizen investeren blijkbaar nog steeds veel in het ziekenhuis in de vorm van 'huisvesting'. Dat is bijzonder omdat in de toekomst een verdere verplaatsing van zorg naar de thuissituatie en de eerste lijn wordt verwacht, waarbij ondersteunende systemen (domotica, e-health,

informatie-uitwisseling) een steeds grotere rol gaan spelen. Investerings in (IT-)systemen lijken daarmee meer voor de hand te liggen. De grafiek⁸ op pagina 37 ondersteunt de trend door een stijgende lijn in dagopnames en een dalende trend in het gemiddeld aantal verpleegdagen. Dit roept de vraag op of de investeringen voldoende toekomstgericht zijn.

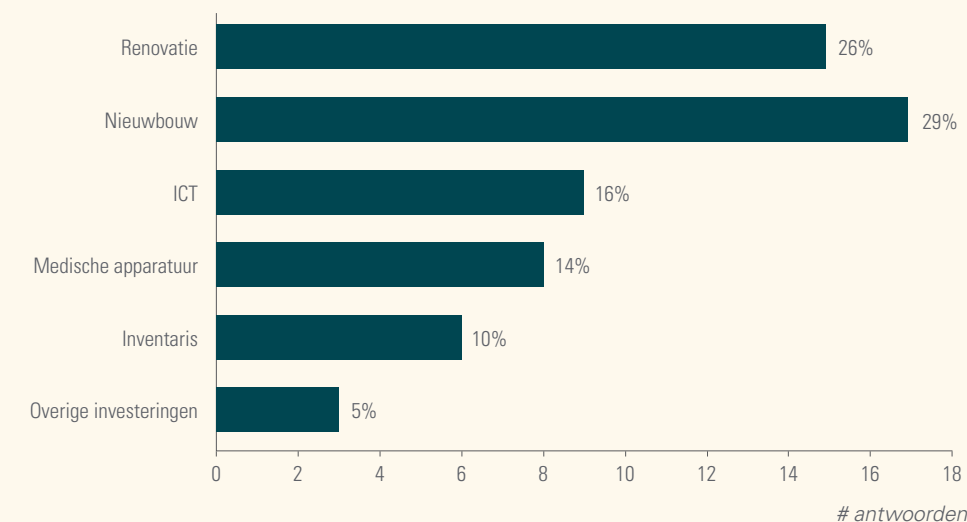
Figuur 20

Uitstaande financiering ziekenhuizen (2012)



Figuur 21

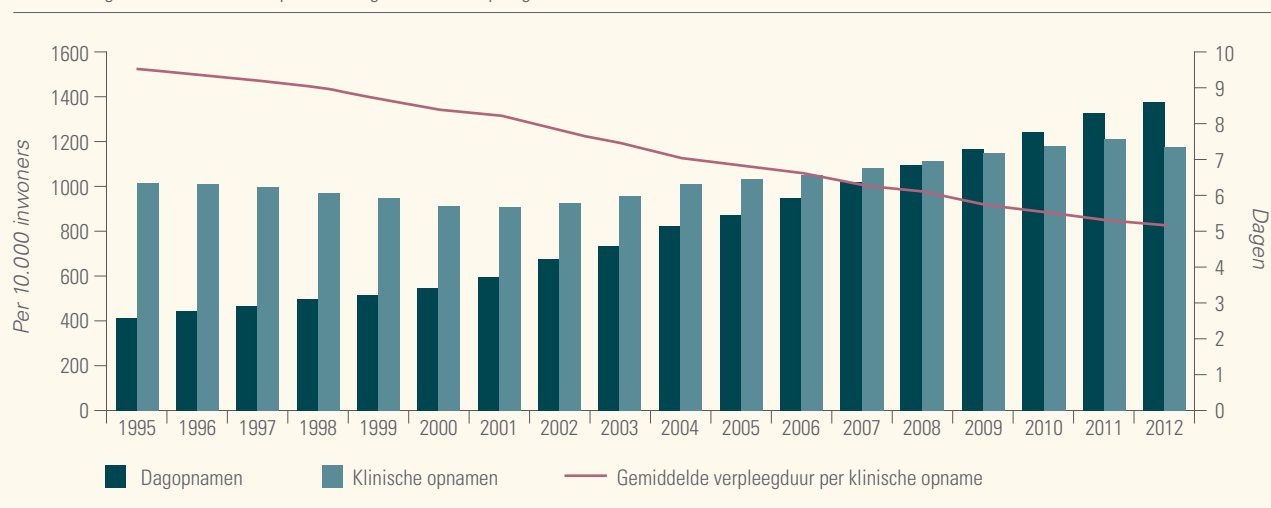
Voor welk type investeringen heeft uw organisatie vreemd vermogen aangetrokken?



⁸ Bron: CBS Statline

Figuur 22

Ontwikkeling aantal ziekenhuisopnamen en gemiddelde verpleegduur



Ondanks dat er ook uitdagingen liggen op het gebied van werkkapitaal financiering is in dit caputem selectum gekozen om de aandacht te leggen op financiering van nieuwbouw en/of renovatie. Ziekenhuizen dekken de bekostiging van hun exploitatie primair af door omzetafspraken met zorgverzekeraars. Voor de financiering van werkkapitaal zullen ziekenhuizen, banken en verzekeraars hernieuwde afspraken moeten maken over de verdeling van zekerheden. Voor medische apparatuur bestaan alternatieve financieringsvormen zoals leasing. Voor de financiering van hun vastgoed zijn ziekenhuizen echter tot op heden voornamelijk aangewezen op bancaire vreemd vermogen. Wij voorzien dat financiering van vastgoed het grootste knelpunt wordt in de zorg en dat vastgoed een grote impact zal hebben op de continuïteit van ziekenhuizen. Enerzijds omdat de kloof tussen vraag en aanbod, tussen de zorgsector en de bancaire sector, het grootst is op het gebied van vastgoedfinanciering. Anderzijds omdat een investering in vastgoed in hoge mate inflexibel

is. Een investering in vastgoed bepaalt de (on)mogelijkheden van een zorgaanbieder voor 30 jaar. Omzetzakeringen en/of veranderingen in de zorgvraag kunnen in de zorgexploitatie binnen twee jaar worden opgevangen door uitstroom van personeel, de omvang van kapitaallasten niet.

Toenemende risico's voor ziekenhuizen met betrekking tot hun vastgoed

Voor de stelselwijziging in 2008 was het aanbod van zorg onder andere gereguleerd door de vergunningsverplichting bij het College Bouw. De regiefunctie voor zowel het zorgaanbod als het vastgoed lag in handen van dezelfde partij, namelijk de overheid. Dit garandeerde dat het zorgbudget voor een ziekenhuis was afgestemd op de omvang van het vastgoed. Hiermee gaf de overheid een impliciete garantie op de private financiering van het vastgoed. Met het introduceren van de 'vrije markt' in de ziekenhuissector ligt de investeringsbeslissing voor

nieuwbouw en renovatie bij het ziekenhuis zelf. De regiefunctie voor de allocatie van het zorgaanbod ligt echter bij de zorgverzekeraar. Deze scheiding is in onderstaande figuur schematisch weergegeven.

	Investeringsbeslissing vastgoed	Allocatie omzet ter dekking van kapitaallasten
Voor 2006	Overheid	Overheid
Na 2006	Ziekenhuis	Zorgverzekeraar

Het wegvallen van de impliciete garantie door de overheid leidt tot uitdagingen voor de financiering van vastgoed doordat onzekerheid ontstaat over de terugbetalingsmogelijkheden van ziekenhuizen van leningen met een lange looptijd (circa 30 jaar). Deze onzekerheid wordt voornamelijk gedreven door: (i) de sterke afhankelijkheid van zorgverzekeraars voor omzet en groei op basis waarvan vastgoed gefinancierd moet worden; (ii) de governance van ziekenhuizen waarbij de productie van zorg voornamelijk in handen is van vrijgevestigde medische specialisten; en (iii) de beperkte mogelijkheden van financiers tot het uitwinnen van hun zekerheden.

(i) Ziekenhuizen hebben veel verschillende patiënten als klant, maar ziekenhuizen worden door selectieve inkoop en de introductie van de budgetpolis in hoge mate afhankelijk van de keuzes van één of twee verzekeraars voor de realisatie van hun omzet. Zorgverzekeraars contracteren zorg op dit moment voornamelijk op basis van jaarcontracten. De toenemende afhankelijkheid van zorgverzekeraars en de korte looptijd van contracten verhouden zich slecht met de langetermijnfinanciering van vastgoed. Opgemerkt kan worden dat verzekeraars omgekeerd ook sterk afhankelijk zijn van ziekenhuizen en dat zij niet de totale productie van één ziekenhuis naar een ander kunnen overhevelen. Maar doordat de sector kapitaalintensief is (relatief hoog percentage van de omzet bestaat uit rente en aflossing) en lage marges kent, kan ook een beperkte omzetverschuiving al tot negatieve resultaten leiden.

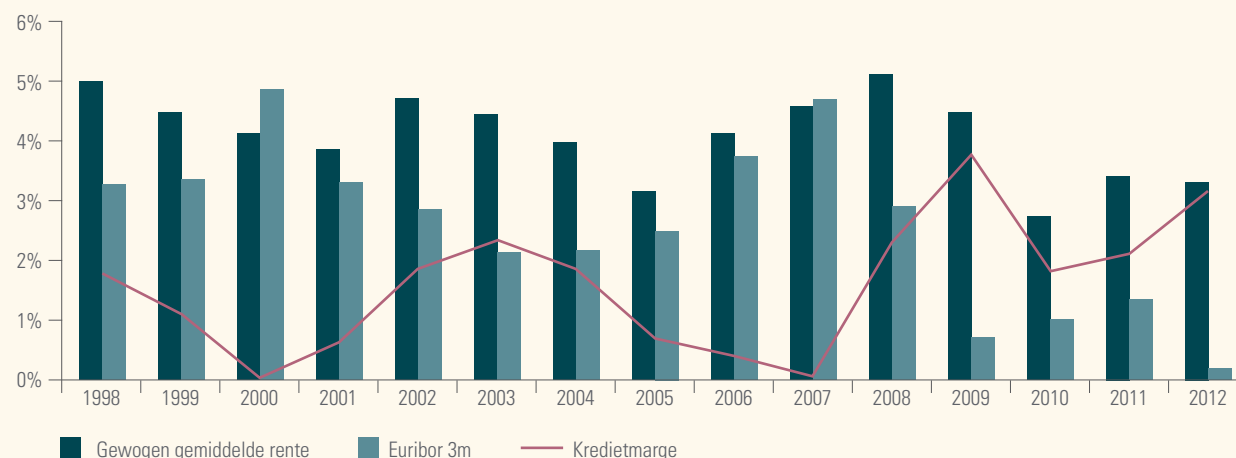
(ii) Zoals beschreven in hoofdstuk 2 heeft het ziekenhuisbestuur relatief weinig grip op medisch specialisten

die niet in loondienst zijn en daarmee op de belangrijkste productiefactor.

(iii) Vermindering dan wel het geheel wegvallen van zorgaanbod in een bepaalde plaats roept veel emotie op in de maatschappij. Financiers krijgen te maken met negatieve publiciteit bij het uitwinnen van zekerheden of in het geval van een faillissement. Tevens zijn ziekenhuizen speciaal ontworpen voor de functie die zij vervullen. Een andere invulling geven aan ziekenhuisvastgoed is, zonder grote additionele investeringen, beperkt mogelijk. Dit resulteert in een geringe waarde van ziekenhuisvastgoed in geval van gedwongen verkoop.

Door de toegenomen risico's in de sector is het van toenemend belang voor ziekenhuisbestuurders om overeenstemming te bereiken met interne en externe stakeholders over de zorgportfolio, strategische plannen en businessplannen van het ziekenhuis. Ondersteuning (schriftelijk) van deze plannen van verzekeraars en specialisten is daarbij noodzakelijk om traditionele en nieuwe financiers blijvend te kunnen overtuigen. De economische risico's die in het zorgstelsel zitten als gevolg van het beperkte aantal inkopers van zorg (verzekeraars) en de zwakke positie van het ziekenhuisbestuur ten opzichte van zijn belangrijkste productiemiddel (de specialist), kunnen door een dergelijk expliciet commitment worden verkleind.

Figuur 23
Rentepercentages afgesloten financiering

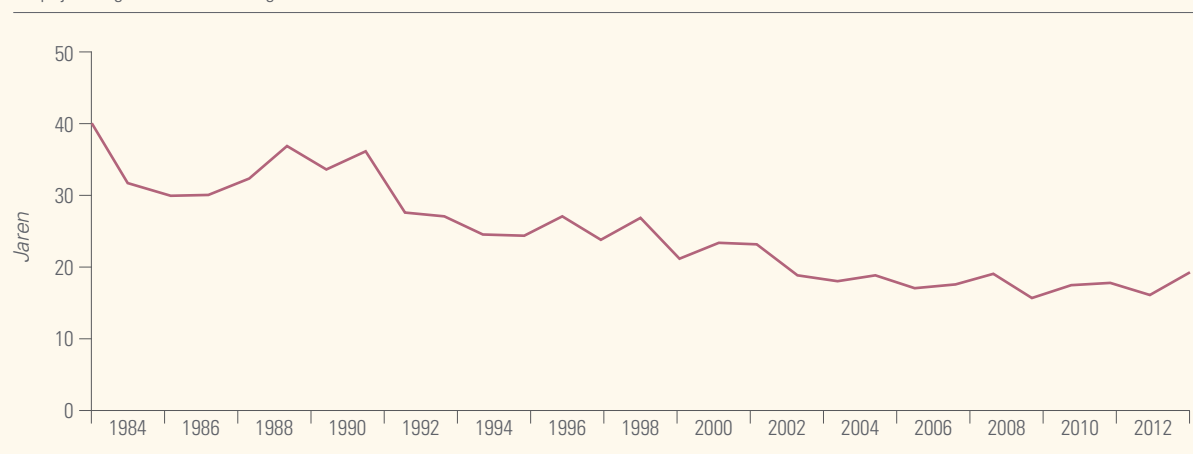


De gewogen gemiddelde rente is het gewogen gemiddelde van de rentepercentages op de uitstaande vast- en variabel rentende leningen. De weergegeven 3m Euribor is per einde jaar. De kredietmarge geeft een indicatie van de kredietmarges in dat jaar.

⁹ Bron: jaarverslagen 2012. KPMG-analyse

¹⁰ Bron: jaarverslagen 2012. KPMG-analyse

Figuur 24
Looptijden afgesloten financiering



De effecten van de toegenomen onzekerheid voor zorginstellingen

De effecten van de schaarser en duurder wordende bankfinanciering enerzijds en de grotere risico's voor de kasstromen anderzijds hebben voor ziekenhuizen negatieve effecten op de kredietmarges en looptijden van financieringen.

De rentetarieven en kredietmarges op uitstaande financieringen in de zorgsector zijn relatief laag. Wij verwachten echter dat de kredietmarges zullen tendere richting de geldende tarieven in het bedrijfsleven door het verhoogde risicoprofiel van zorginstellingen. De overgang van overheidsfinanciering naar marktwerking zal ziekenhuizen dus geld gaan kosten in de vorm van *hogere kapitaallasten*. Deze zullen zij ofwel moeten zien te verwerken in hun tarieven, ofwel moeten compenseren door verdere kostenverlaging in de zorgexploitatie. De grafiek op pagina 40 geeft een overzicht van de gewogen gemiddelde rentes voor ziekenhuizen op het moment van

afsluiten van de lening.⁹ Hieruit blijkt een stijgende trend in de kredietmarges. De piek in de kredietmarges tussen 2003 en 2004 is even hoog als het dal in de kredietmarges in 2010.

In het verleden konden ziekenhuizen financiering voor lange termijn afsluiten en waren looptijden van 30 tot 40 jaar geen uitzondering. Gegeven de ontwikkelingen in de bancaire sector en de zorgsector is bankfinanciering met dergelijke looptijden niet of nauwelijks meer beschikbaar. De gemiddelde looptijd bedroeg twee jaar geleden nog circa 20 jaar zoals weergegeven in figuur 24¹⁰. Op dit moment zien we in de praktijk dat de maximale looptijd is verkort tot 10 à 15 jaar. De beperking van de looptijd van de financiering zorgt ervoor dat instellingen na 10 tot 15 jaar een herfinancieringsrisico lopen.

De kredietvoorwaarden worden omvangrijker en strikter. Zo zullen eisen aan solvabiliteit en liquiditeit hoger worden. Als ziekenhuizen niet langer voldoen aan de

voorwaarden in de kredietdocumentatie zal dat voor banken sneller aanleiding zijn om aanvullende eisen te stellen aan het ziekenhuis met betrekking tot de zorgexploitatie en/of de informatievoorziening richting de bank.

De bereidheid om grote bedragen bilateraal te verstrekken zal afnemen. Dit vergroot de noodzaak tot clubdeals (financieringen met meer dan één financier) die een grotere complexiteit kennen bij het arrangeren, en waarvan het tarief tendeert naar dat van de aanbieder met de hoogste prijs.

4.4 Wat is nodig om de zorgsector financieel te houden?

Financiering is bij de stelselwijziging in de zorg tussen wal en schip geraakt: het overdragen van de regiefunctie van de overheid naar de verzekeraar gaat naar verwachting voor ziekenhuizen leiden tot hogere financieringskosten en grotere risico's met betrekking tot de continuïteit. Daarvoor zijn binnen het huidige stelsel nog geen adequate oplossingen gevonden. Daarnaast wordt de sector op dit moment eenzijdig gefinancierd door banken wat toekomstige financiering onder druk zet.

Om ziekenhuisvastgoed in de toekomst financieel te houden zijn in onze opvatting op verschillende vlakken initiatieven nodig:

- a. Ontwikkelen van een duidelijk zorgverleningsprofiel (onderliggend verdienmodel) voor ziekenhuizen.
- b. Veranderingen in de wijze van bekostiging van vastgoed.
- c. Uitbreiding van het aanbod van financiers in de zorgsector.

- a. Om in de toekomst voldoende passende (her)financiering aan te kunnen trekken dienen ziekenhuizen zich te professionaliseren op strategisch en financieel vlak. Een goed onderbouwde businesscase is essentieel. Daarbij is het van belang te weten welke factoren bepalend zijn voor de kredietafweging van financiers. Financiers vragen om een heldere visie van het bestuur op de zorgportfolio, met duidelijke keuzes die aansluiten bij de kwaliteiten van de instelling, de regionale vraag en het aanwezige aanbod van concurrenten. Hierdoor wordt een aantrekkelijk zorgaanbod gecreëerd voor verzekeraars, verwijzers en patiënten. Uiteraard is het van belang dat de keuzes die worden gemaakt, worden ondersteund door een goed verdienmodel. Daarnaast vragen de toegenomen risico's in de sector ook om investeringen op het vlak van finance & risk, zodat op ieder moment een goed inzicht kan worden gegeven (intern en extern) in effecten van wijzigingen in beleid, keuzes die gemaakt worden op het gebied van het zorgaanbod en in impact van overige wijzigingen op de financiële positie van instellingen (scenarioanalyses).

- b. 80% van de ziekenhuisbestuurders heeft aangegeven te verwachten dat de omzet in de toekomst volatieler wordt. De vraag die dit oproept is hoe op een efficiënte wijze kan worden omgegaan met het toegenomen vraagrisico bij de financiering van vastgoed voor 30 jaar. Dit vraagrisico is door het ontbreken van een goed werkend stelsel (verzekeraars verstrekken bijna alleen jaarcontracten) op dit moment één van de belemmeringen bij de toetreding van nieuwe financiers en het verstrekken van nieuwe financiering door bestaande financiers.

Opvallend is dat in het Verenigd Koninkrijk vaak gekozen wordt voor lease-achtige constructies voor de

financiering van het vastgoed, maar dat het vraagrisico meestal verblijft bij de overheid (zie ervaringen uit het Verenigd Koninkrijk). Hierbij kan gedacht worden aan 'simpele' sale-and-leasebackcontracten, maar ook aan de uitgebreidere PPS-contracten, waarin het ontwerp, de bouw, het onderhoud en eventueel de financiering worden uitbesteed aan een derde partij. Het plaatsen van het vastgoed in een separate juridische entiteit kan bijdragen aan een heldere scheiding van de risico's die gepaard gaan met vastgoed, zoals het constructierisico (overschrijding bouwbudget) en de onderhoudsrisico's. Daarnaast kan een leaseconstructie bijdragen aan transparantie met betrekking tot de kosten (kapitaallasten en onderhoud) die gemoeid zijn met vastgoed.

Leaseconstructies bieden in principe geen oplossing voor het vraagrisico (de verhuurder van het ziekenhuisvastgoed heeft namelijk maar één afnemer). Het vraagrisico kan wel gemitigeerd worden door het gebruik van garanties van het WfZ of decentrale overheden, of door het verstrekken van meerjarige contracten door verzekeraars aan ziekenhuizen.

Leaseconstructies kunnen eventueel ook bijdragen aan het vergemakkelijken van het verstrekken van zekerheden, omdat de dekking vanuit zorgverzekeraars alleen hoeft toe te zien op de kasstroom ten behoeve van leasebetaling door het ziekenhuis. De reden waarom er internationaal meestal voor wordt gekozen het vraagrisico te laten verblijven bij de overheid (in deze landen de regisseur van het zorglandschap) is omdat hierdoor de financiering minder risicovol is en de financiering aantrekkelijker wordt voor meer financiers. Een toename in de onderlinge concurrentie tussen financiers en de verlaging van het risicoprofiel leiden tot lagere kredietmarges en daarmee lagere zorgkosten.

- c. Door de verwachte beperkingen in het aanbod van bancaire financiering is het van belang dat ziekenhuizen zich realiseren dat er een noodzaak is tot het aanwenden van alternatieve financieringsbronnen. Voor de continuïteit van instellingen is het van belang dat zij voldoende toegang hebben tot financiering en niet afhankelijk zijn van één financier. Financiering zal naar verwachting verstrekt worden door een combinatie van diverse partijen: banken, institutionele beleggers, medisch specialisten en/of (regionale) obligatiehouders. Er zijn wel initiatieven op het gebied van niet-bancaire internationale financiers, zoals verzekeraars en institutionele beleggers, maar naar wij weten heeft dit nog niet geleid tot een succesvolle financiering. Verzakelijking, transparantie en het verminderen van het vraagrisico voor financiers is des te meer noodzakelijk om nieuwe potentiële financiers aan te kunnen trekken.

De vraag is wat de komende drie jaar de ontwikkelingen in Nederland zullen zijn op het gebied van het structureren van vastgoed en het zoeken naar oplossingen voor het vraagrisico. Het antwoord op deze vraag zal mede afhangen van de verantwoordelijkheid die verzekeraars hierin nemen als regisseur van het landschap. Daarnaast zal dit afhangen van de bereidheid van de huidige financiers van het stelsel (de Nederlandse banken) de huidige risico's te accepteren en de kredietmarges die zij hiervoor in rekening zullen gaan brengen.

ERVARINGEN UIT HET VERENIGD KONINKRIJK

Capitum Selectum

Kapitaallasten van de zorg zijn een grote kostenpost voor ziekenhuizen. De vraag is hoe hier in andere landen op efficiënte wijze mee wordt omgaan. Matt Custance, healthcare partner bij KPMG UK op het gebied van Corporate Finance, geeft antwoord op vier vragen over capital investments in het Verenigd Koninkrijk.

1. Who is the main funder of capital for hospitals in the UK (debt and equity)?

The majority of capital expenditure is still funded by the public sector through a capital allocation process. This can be provided as debt or equity depending on a range of internal rules. However, it is increasingly common for the National Health Service to look to leasing of property (existing and new build) as a solution. Recent activity suggests an emerging demand from pension funds and institutions in addition to banks and equity investors to fund these leases.

2. Can you describe the typical risks the lenders bear in the UK?

Until recently, most transactions involving private capital were Public Private Partnerships (PPP)-type arrangements where funders, including lenders, take construction risk and asset performance/availability risk but are insulated from the performance of the hospital itself. More recent third party

development lease models take a degree of construction risk but rarely involve transfer of longer run asset performance risk. It is only hospitals for use by the private sector that carry any significant demand or operational risk by virtue of those lacking any implicit or explicit guarantee from the government.

3. Are there guarantees in place from the government or other parties involved in the system?

In the UK there is a two tier system involving NHS Trusts and NHS Foundation Trusts, where Foundation Trusts enjoy a higher degree of independence from government. NHS Trusts' obligations enjoy a guarantee from the Secretary of State. For NHS Foundation Trusts, there is no explicit guarantee but a combination of provisions in the legislation around Trust Failure. There is a general expectation that the Government will back Foundation Trust debts for financial and political reasons and in some cases an explicit assurance. These all work together to give lenders a high degree of comfort that obligations are likely to be paid.

About Matt Custance:

Matt is a KPMG Partner based in London, specialising in major transactions in healthcare. Much of his work is aimed at using transactions as a means of promoting increased productivity and accountability for the healthcare spend.



5

Tien conclusies

1 Dat de aandacht voor bestuurlijke samenwerking hoog op de agenda blijft, blijkt uit het feit dat de helft van de Neder-

landse ziekenhuisconcerns afgelopen anderhalf jaar betrokken is of is geweest bij een fusie, coöperatie of overname. Een bestuurlijke fusie blijft daarbij voorlopig nog de meest populaire vorm van samenwerking. Door alle samenwerking is er een zich steeds verder voortzettende indikkingsslag gaande in het Nederlandse zorglandschap. In 2012 en 2013 zagen we een afname van vier zelfstandige ziekenhuizen, van 111 naar 107. Afgelopen anderhalf jaar is dit aantal zelfs sterker afgenomen naar 98 zelfstandige ziekenhuizen, een afname van negen zelfstandige ziekenhuizen. Als ook de ziekenhuizen die nu nog in de fase van (vergevorderd) vooronderzoek of bespreking zijn tot nieuwe bestuurlijke eenheden leiden, dan krimpt het zorglandschap verder tot 89 op de korte termijn of 86 op de langere termijn. **Het aantal zelfstandige ziekenhuisbesturen daalt dan met 26% ten opzichte van 2009.**

2 Ondanks de huidige aandacht voor bestuurlijke samenwerking, **verwachten we dat het einde van het**

fusietijdperk in zicht raakt. Op de korte termijn is er weliswaar nog een aantal ziekenhuizen in een vergevorderd stadium richting een bestuurlijke fusie. Maar, op de langere termijn zien we dat dat aantal behoorlijk afneemt. Er is een aantal redenen voor de afnemende populariteit van ziekenhuisfusies. Voor de ziekenhuizen zelf geldt dat het merendeel recentelijk is gefuseerd en daardoor bezig is met het vormgeven van die samenwerking. Er is geen tijd en aandacht voor het zoeken naar een nieuwe partner (mocht die wens er al zijn). Ook blijkt dat fusie niet altijd de heilige graal is. Lang niet alle fusies leiden tot de gewenste meerwaarde en waar meerwaarde wel gerealiseerd wordt is dit een vaak een langdurig proces dat veel energie kost. Dit kan tot koudwatervrees leiden bij andere ziekenhuizen die een fusie overwegen. Ook extern staan fusies onder druk. In bepaalde regio's is de concentratie van ziekenhuizen al dermate groot dat verdere fusies hoogstwaarschijnlijk geen goedkeuring van de ACM kunnen verwachten. Tot slot, krijgen zorgverzekeraars een steeds grotere rol bij bestuurlijke samenwerkingen. Zij zijn in toenemende mate kritisch over nieuwe fusies.

3 Opvallend is de flinke toename van het aantal overnames. Afgelopen anderhalf jaar zijn maar liefst vijf

ziekenhuizen overgenomen of staan op het punt om overgenomen te worden, terwijl dit er vorig jaar slechts één was. Daarmee constateren we een nieuwe trend in het Nederlandse zorglandschap. De overnames betreffen met name kleinere ziekenhuizen die in financiële moeilijkheden zitten. **De financieel wankele positie van ziekenhuizen wordt sterker dan voorheen een driver voor consolidatie, vooral in de vorm van overnames.** Overnemende partijen zijn lang niet altijd ziekenhuizen.

4 Schetsten we vorig jaar nog dat de contouren van een kentering in het Nederlandse zorglandschap zich af begon

te tekenen, dit jaar kunnen we spreken van een fundamentele wijziging in de verhoudingen binnen het Nederlandse zorglandschap. **De invloed van zorgverzekeraars en banken op bestuurlijke samenwerking is aanzienlijk vergroot het afgelopen jaar.** Vorig jaar gaf het merendeel van de bestuurders nog aan dat bij de bestuurlijke samenwerking de zorgverzekeraars enkel op de hoogte waren. Dit jaar is dat veranderd naar een merendeel dat die samenwerking in gezamenlijk overleg met de zorgverzekeraar vorm geeft. Bij de banken zien we een vergelijkbare en zelfs sterkere trend. In de perceptie van de bestuurders was vorig jaar slechts bij een klein aantal fusies goedkeuring van de bank nodig. Dit jaar is dat gestegen naar goedkeuring bij bijna de helft van alle fusies. De invloed van banken en verzekeraars neemt dus sterk toe. In lijn daarmee zien we bij alle partijen een toegenomen bewustzijn over de financiering van de fusieorganisaties en de businesscase die ten grondslag ligt aan de fusie.

5 Ondanks het feit dat een groot deel van de ziekenhuizen in Nederland betrokken is (geweest) bij een fusie **leert de praktijk dat een fusie lang niet altijd de gewenste meerwaarde oplevert en vaak moeilijker is dan vooraf gedacht werd.** Hiervoor is een aantal verklaringen mogelijk. In het verleden zagen we dat de focus vaak meer op het proces naar de fusie toe lag en minder op de integratie. Dit verandert overigens inmiddels wel mede onder druk van de zorgverzekeraars en banken. De verzekeraars nemen bij een aantal fusies een voorschot op de gewenste locatieprofielen in de zorgcontractering. Banken willen een duidelijke business case zien voordat zij zich kunnen vinden in de plannen voor een fusie. Een tweede reden voor het uitblijven van de meerwaarde is de bestuurlijke complexiteit van de gefuseerde organisatie. Het besturen van de oude organisaties, de vorming van de nieuwe ‘gezamenlijke’ organisatie en de externe stakeholders vergen alle bestuurlijke aandacht ‘om het schip drijvende te houden’. Verzilveren van de meerwaarde wordt dan nog weleens vooruit geschoven. Ook de juridische scheiding tussen het ziekenhuis en de medisch maatschappen beperkt de strategische slagkracht en flexibiliteit van het ziekenhuis om de voordelen na een fusie te verzilveren. **De dominante keuze om bij de invoering van de integrale bekostiging over te gaan op het Medisch Specialistisch Bedrijf vormt een risico voor de benodigde slagkracht van ziekenhuizen.**

6 Eén van de manieren om de voordelen van een bestuurlijke samenwerking te verzilveren is het optimaliseren van de locatieprofielen. **Driekwart van de bestuurders geeft aan voorafgaand aan de fusie van plan te zijn (geweest) de locatieprofielen aan te passen. In de locatieprofielen zien we deze voornemens echter niet terug; er hebben maar geringe verschuivingen in de inrichting van de verschillende locaties plaatsgevonden.** Ondanks dat wij een verschuiving van acute locaties naar locaties zonder een acute functie nog steeds verwachten in de toekomst, blijft deze beweging vooralsnog uit. De druk van zorgverzekeraars, financiers en kwaliteitsnormen op ziekenhuisbestuurders om ingrijpende keuzes in het zorgaanbod te maken wordt alleen maar groter, maar blijkbaar bestaat een gat tussen de ambitie en het vermogen om dit in de praktijk ook waar te maken.

7 Het nieuwe tijdperk van marktwerking, concurrentie, kwaliteitseisen, vraagterugval en grote investeringen vraagt om alternatieve vormen van samenwerking. **Een mogelijke oplossing is een verschuiving van regionale naar regio-overstijgende samenwerkingen in de vorm van ketens.** De synergievoordelen zijn bij regio-overstijgende samenwerkingsverbanden weliswaar kleiner, aanpassing van de locatieprofielen en alternatieve aanwending van de gebouwen is er niet. Maar juist daardoor is de samenwerking vaak simpeler en daarmee beter bestuurbaar en wellicht makkelijker om de voordelen te verzilveren. De voordelen van een dergelijke keten zitten met name in gezamenlijke ondersteunende processen (shared services), kwaliteitsbeleid en marketing. In onze ogen is met deze regio-overstijgende samenwerking wellicht een oplossing te vinden voor de financieel wankelende basis van de kleine perifere ziekenhuizen. Door een gezamenlijk gedragen investeringsagenda is een lastenverlichting mogelijk. **Daarnaast laten internationale voorbeelden zien dat ook gekozen kan worden voor lichtere vormen van samenwerking zoals franchises en joint ventures, waarbij de functionaliteit in plaats van de bestuurlijke structuur voorop staat.**

8 De financiering van de zorg is bij de stelselwijziging tussen wal en schip geraakt. Het overdragen van de regiefunctie van de overheid naar de verzekeraar leidt voor de

ziekenhuizen tot grotere continuïteitsrisico's en daarmee hogere financieringskosten, als gevolg van het toegenomen (krediet-) risicoprofiel van de ziekenhuizen. Zeker nu gebleken is dat ziekenhuizen ook daadwerkelijk failliet kunnen gaan, hebben banken hun risicobedoordelingen aangepast en verstrekken daarom minder snel financieringen, tegen kortere looptijden en hogere rentevoeten.

Bestuurders zullen voor hun financieringen, net zoals sommige commerciële bedrijven, die relatief grote investeringen verrichten, op zoek moeten gaan naar het inzetten van alternatieve financieringsbronnen, zoals institutionele beleggers, medisch specialisten en/of (regionale) obligatiehouders.

9 Een speciaal aandachtspunt bij de financiering van ziekenhuizen, is het vastgoed. De lange termijn financieringen van het vastgoed verhouden zich slecht met de toenemende afhankelijkheid van kortlopende contracten met de zorgverzekeraars. **Omzetdalingen en/of veranderingen in de zorgvraag kunnen in de zorgexploitatie binnen twee jaar worden opgevangen door uitstroom van personeel, kapitaallasten niet.** De vraag is wat de komende jaren de ontwikkelingen in Nederland zullen zijn op het gebied van het structureren van vastgoed en het afdekken van het risico op onderbenutting. Het antwoord op deze vraag zal mede afhangen van de verantwoordelijkheid die verzekeraars hierin nemen als regisseur van het landschap. Daarnaast zal dit afhangen van de bereidheid van de externe financiers (de Nederlandse banken) om de huidige risico's te accepteren en welke kredietmarges zij hiervoor in rekening zullen gaan brengen.

Er zijn mogelijke oplossingen voor deze problematiek, zoals bijvoorbeeld het plaatsen van het vastgoed in een separate juridische entiteit, om een heldere scheiding van de risico's die gepaard gaan met de reguliere activiteiten en het vastgoed (en met name vastgoedontwikkeling) aan te brengen. Ook kan een leaseconstructie bijdragen aan transparantie met betrekking tot de kosten (kapitaallasten en onderhoud) die gemoeid zijn met vastgoed. Een verdere uitdieping van dergelijke mogelijkheden kan bijdragen tot een oplossing voor dit vraagstuk.

10 Een grote bron van onzekerheid voor de ziekenhuizen is op dit moment grotendeels gelegen in het feit dat zorgverzekeraars bijna alleen maar jaarcontracten afsluiten, waardoor de omzetprognoses van ziekenhuizen minder stabiel worden en zij minder aantrekkelijk voor financiers zijn. Deze onzekerheden kunnen gemitigeerd worden door het verstrekken van garanties door het bijvoorbeeld het Wfz of decentrale overheden. De echte oplossing ligt echter bij de zorgverzekeraars en de ziekenhuizen zelf. Indien zorgverzekeraars zich (weer) voor een langere termijn willen verbinden aan een ziekenhuis en haar strategie, middels een langdurige contractering (op heldere voorwaarden), zou dat meer comfort geven aan externe financiers.

Voorwaarde daarvoor is echter wel dat het ziekenhuis van haar kant zich zal moeten professionaliseren op het gebied van strategie, portfoliomanagement en financiën om dat vertrouwen ook aan de zorgverzekeraar te kunnen geven.



6

Verantwoording

Dit rapport wordt uitgebracht onder verantwoordelijkheid van KPMG Advisory N.V. Bij de totstandkoming van deze rapportage zijn verschillende typen bronnen geraadpleegd. Op basis van openbare bronnen is een lijst samengesteld van de Nederlandse ziekenhuizen, ziekenhuislocaties en locatieprofielen. Voor het opstellen van deze lijst hebben we gebruikgemaakt van de gegevens van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM, via www.zorgatlas.nl). Op basis van het RIVM zijn de ziekenhuizen ingedeeld in academische, algemene en categorale ziekenhuizen en buitenpoliklinieken. Binnen de algemene ziekenhuizen hebben we een aanvullend onderscheid aangebracht tussen topklinische ziekenhuizen, SAZ-ziekenhuizen en overige algemene ziekenhuizen. We hebben de revalidatie-instellingen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's) niet meegenomen. KPMG heeft een online vragenlijst uitgezet onder de voorzitters van de Raden van Bestuur van de ziekenhuizen in Nederland. Iedere bestuurder kreeg een specifieke op het ziekenhuis aangepaste vragenlijst. De vragenlijst is door 30 bestuurders volledig ingevuld (37% respons). Vervolgens is ter verbreding en verdieping van de respons een aantal interviews afgenomen. De weerslag hiervan is over de publicatie verspreid te vinden en de interviews zijn als achtergrondinformatie gebruikt. De inzichten en meningen van de geïnterviewden in deze rapportage geven niet noodzakelijkerwijs de inzichten en meningen van KPMG Advisory N.V. weer.

Er is gebruikgemaakt van openbare bronnen om het overzicht van samenwerkingsverbanden in het afgelopen jaar en de locatieprofielen compleet te maken. We hebben daarbij gestructureerd de pagina's van SKIPR (www.skipr.nl) en de websites van de ziekenhuizen doorzocht op de termen fusie en samenwerking en op de website van de Autoriteit Consument & Markt (ACM) de meldingen van voorgenomen concentraties in de zorg bestudeerd. Indien relevant, hebben we ook de jaarverslagen van ziekenhuizen bekeken. Ook hebben we geput uit openbare publicaties over samenwerking in de zorg. Tot slot zijn ziekenhuizen gebeld en gemaïld voor aanvullende informatie over hun locatieprofielen. Het ziekenhuislandschap blijft in beweging. Dit jaar zijn bekende samenwerkingen tot 1 november 2014 verwerkt. Het team dat deze publicatie heeft voorbereid en geproduceerd bestaat uit: Anna van Poucke, Linde Jacobs, Ferdinand Veenman, Marlies Prins, Malcolm Lowe-Lauri, Marieke van de Kerkhof, Wencke van der Meijden en Jeroen Kerkhof. Daarnaast hebben aan deze rapportage meegewerkt: Anna Commandeur, Beccy Fenton, Ilse Matthijssen, Arno de Vries en Wim van Welssem.

Correcties en aanvullingen?

Wij kunnen niet uitsluiten dat wij, ondanks onze uitgebreide research, toch nog bepaalde ontwikkelingen gemist hebben of fouten hebben gemaakt bij de beschrijving van de situatie rond specifieke ziekenhuizen. Indien dit het geval is, vernemen wij dit graag. U kunt uw eventuele commentaar daaromtrent sturen naar: samenwerkenindezorg@kpmg.nl.



Bijlagen

A Definities benamingen ziekenhuisprofielen

Definitie van categorieën	
Traumacentrum	De locatie is een traumacentrum zoals aangewezen door de minister van VWS in 1997
Complex Interventie Centrum	De locatie heeft een IC level >1, minimaal 1 acute functie en minimaal 1 specialistische chirurgie, OK en klinische functie en is geen traumacentrum
Basisziekenhuis Basisziekenhuis + Basisziekenhuis -	De locatie heeft minimaal 1 acute functie, OK en klinische functie De locatie heeft minimaal 1 acute functie, OK en klinische functie, plus IC >1 en/of minimaal 1 specialistische chirurgie De locatie heeft geen IC en/of maximaal 1 acute functie en geen complexe functie. Wel OK, klinische functie en dagbehandeling
Electief Centrum Electief centrum met klinische opname Electief centrum met alleen dagbehandeling	Locatie zonder acute functie, met OK en klinische en/of dagbehandeling Locatie zonder acute functie, met OK en klinische functie Locatie zonder acute functie, met OK en dagbehandeling
Buitenpolikliniek	Locatie met polikliniek, zonder acute functie, zonder OK, zonder klinische functie
Kliniek Buitenpolikliniek met dagbehandeling	Locatie met klinische functie, zonder polikliniek en andere faciliteiten Locatie met polikliniek en dagbehandeling, zonder acute functie, zonder OK, zonder klinische functie
1,5°-lijnscentrum	Locatie met polikliniek en huisartsenpost, zonder andere faciliteiten

B Overzichtstabel profielen ziekenhuislocaties

Concern	Locaties	Type ziekenhuislocatie	Spoedeisende hulp	Huisartsen-post	Acute Verloskunde	IC-level	Trauma-centrum	OK	Poliklinische OK	Polikliniek	Klinische dagbehandeling	Klinische opname	Cardio-chirurgie	Complexe vaatchirurgie	Complexe oncologische chirurgie
Academisch Medisch Centrum (AMC)	AMC	UMC	Ja	Ja	Ja	3	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Admiraal De Ruyter Ziekenhuis	Admiraal De Ruyter Ziekenhuis - locatie Vlissingen	Overig Algemeen	Ja	Ja	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja
Admiraal De Ruyter Ziekenhuis	Admiraal De Ruyter Ziekenhuis - locatie Goes	Nevenlocatie	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
Admiraal De Ruyter Ziekenhuis	Admiraal De Ruyter Ziekenhuis - buitenpolikliniek Middelburg	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Admiraal De Ruyter Ziekenhuis	Admiraal De Ruyter Ziekenhuis - locatie Zierikzee	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Albert Schweitzer Ziekenhuis	Albert Schweitzer Ziekenhuis - locatie Dordwijk	Topklinisch	Ja	Ja	Ja	3	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Albert Schweitzer Ziekenhuis	Albert Schweitzer Ziekenhuis - GOED Ridderkerk	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Albert Schweitzer Ziekenhuis	Albert Schweitzer Ziekenhuis - locatie Amstelveen	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Albert Schweitzer Ziekenhuis	Albert Schweitzer Ziekenhuis - locatie Sliedrecht	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Albert Schweitzer Ziekenhuis	Albert Schweitzer Ziekenhuis - locatie Zwijndrecht	Nevenlocatie	Nee	Ja	Nee	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Amphia	Amphia - locatie Molengracht	Topklinisch	Ja	Ja	Nee	3	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Amphia	Amphia - locatie Langendijk	Nevenlocatie	Nee	Nee	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Amphia	Amphia - locatie Pasteurlaan	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Amphia	Amphia - buitenpolikliniek Trivium Etten-Leur	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Antonius Zorggroep	Antonius Zorggroep - locatie Sneek	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Antonius Zorggroep	Antonius Zorggroep - buitenpolikliniek Emmeloord	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Atrium MC Parkstad	Atrium MC Parkstad - locatie Heerlen	Topklinisch	Ja	Nee	Ja	3	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Atrium MC Parkstad	Atrium MC Parkstad - locatie Brunssum	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Atrium MC Parkstad	Atrium MC Parkstad - locatie Kerkrade	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
BovenIJ ziekenhuis	BovenIJ ziekenhuis	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis	Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis	Topklinisch	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis	Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis - buitenpolikliniek Druten	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis	Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis - buitenpolikliniek Waalsprong	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Catharina Ziekenhuis	Catharina Ziekenhuis	Topklinisch	Ja	Ja	Ja	3	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Cura Mare, Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis	Cura Mare, Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Cura Mare, Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis	Cura Mare, Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis - buitenpolikliniek Brielle	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Cura Mare, Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis	Cura Mare, Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis - buitenpolikliniek Hellevoetsluis	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Deventer Ziekenhuis	Deventer Ziekenhuis	Topklinisch	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Deventer Ziekenhuis	Deventer Ziekenhuis - buitenpolikliniek Raalte	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Deventer Ziekenhuis	Deventer Ziekenhuis - buitenpolikliniek Rijssen	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Diaconessenhuis Leiden	Diaconessenhuis Leiden	SAZ	Ja	Nee	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Diakonessenhuis (Utrecht)	Diakonessenhuis (Utrecht)	Overig Algemeen	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Diakonessenhuis (Utrecht)	Diakonessenhuis (Utrecht) - buitenpolikliniek Doorn	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Diakonessenhuis (Utrecht)	Diakonessenhuis (Utrecht) - locatie Zeist	Nevenlocatie	Ja	Ja	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee

Concern	Locaties	Type ziekenhuislocatie	Spoedeisende hulp	Huisartsen-post	Acute Verloskunde	IC-level	Trauma-centrum	OK	Poliklinische OK	Polikliniek	Klinische dagbehandeling	Klinische opname	Cardio-chirurgie	Complexe vaatchirurgie	Complexe oncologische chirurgie
Elisabeth Tweesteden Ziekenhuis	St. Elisabeth Ziekenhuis	Topklinisch	Ja	Nee	Ja	3	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Elisabeth Tweesteden Ziekenhuis	TweeSteden ziekenhuis - locatie Tilburg	Overig Algemeen	Ja	Nee	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
Elisabeth Tweesteden Ziekenhuis	TweeSteden ziekenhuis - buitenpolikliniek Oisterwijk	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Elisabeth Tweesteden Ziekenhuis	TweeSteden ziekenhuis - locatie Waalwijk	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Elkerliek Ziekenhuis	Elkerliek Ziekenhuis - locatie Helmond	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
Elkerliek Ziekenhuis	Elkerliek Ziekenhuis - buitenpolikliniek Deurne	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Elkerliek Ziekenhuis	Elkerliek Ziekenhuis - buitenpolikliniek Gemert	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Erasmus MC	Erasmus MC	UMC	Ja	Nee	Nee	3	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Erasmus MC	Erasmus MC - locatie Daniel den Hoed	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja
Erasmus MC	Erasmus MC - locatie Sophia	Nevenlocatie	Ja	Nee	Ja	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Flevoziekenhuis	Flevoziekenhuis	Overig Algemeen	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Franciscus Ziekenhuis Roosendaal	Franciscus Ziekenhuis Roosendaal	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Franciscus Ziekenhuis Roosendaal	Franciscus Ziekenhuis Roosendaal - buitenpolikliniek Oudenbosch Medisch Centrum	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Franciscus Ziekenhuis Roosendaal	Franciscus Ziekenhuis Roosendaal - buitenpolikliniek Etten-Leur	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Franciscus Ziekenhuis Roosendaal	Lievensberg Ziekenhuis	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Franciscus Ziekenhuis Roosendaal	Lievensberg Ziekenhuis - buitenpolikliniek Steenbergen	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Gelre Ziekenhuizen	Gelre Ziekenhuizen - locatie Apeldoorn	Topklinisch	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
Gelre Ziekenhuizen	Gelre Ziekenhuizen - buitenpolikliniek Lochem	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Gelre Ziekenhuizen	Gelre Ziekenhuizen - buitenpolikliniek Epe	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Gelre Ziekenhuizen	Gelre Ziekenhuizen - buitenpolikliniek Dieren	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Gelre Ziekenhuizen	Gelre Ziekenhuizen - locatie Zutphen	Nevenlocatie	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Groene Hart Ziekenhuis	Groene Hart Ziekenhuis - Bluelandlocatie	Overig Algemeen	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Groene Hart Ziekenhuis	Groene Hart Ziekenhuis - Jozeflocatie	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Groene Hart Ziekenhuis	Groene Hart Ziekenhuis - buitenpolikliniek Nieuwerkerk aan den IJssel	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Havenziekenhuis en Instituut voor Tropische Ziekten B.V.	Havenziekenhuis	SAZ	Ja	Nee	Nee	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Havenziekenhuis en Instituut voor Tropische Ziekten B.V.	Havenziekenhuis - buitenpolikliniek Buitenhaven	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
IJsselland Ziekenhuis	IJsselland Ziekenhuis	SAZ	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
IJsselland Ziekenhuis	IJsselland Ziekenhuis - buitenpolikliniek Krimpen	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
IJsselland Ziekenhuis	IJsselland Ziekenhuis - buitenpolikliniek Nesselande	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Ikazia Ziekenhuis	Ikazia Ziekenhuis	Overig Algemeen	Ja	Nee	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Ikazia Ziekenhuis	Ikazia Ziekenhuis - buitenpolikliniek Barendrecht	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Ikazia Ziekenhuis	Ikazia Ziekenhuis - buitenpolikliniek Klaaswaal	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Isala Klinieken	Isala Klinieken - locatie Weezenlanden	Topklinisch	Ja	Nee	Nee	3	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja
Isala Klinieken	Isala Klinieken - buitenpolikliniek Heerde	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Isala Klinieken	Isala Klinieken - buitenpolikliniek Kampen	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Isala Klinieken	Isala Klinieken - locatie Sophia	Nevenlocatie	Ja	Ja	Ja	3	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja

Concern	Locaties	Type zieken- huislocatie	Spoe- deisende hulp	Huisartsen- post	Acute Verloskunde	IC-level	Trauma- centrum	OK	Poliklinische OK	Polikliniek	Klinische dagbehandeling	Klinische opname	Cardio- chirurgie	Complexe vaatchirurgie	Complexe oncologische chirurgie
Jeroen Bosch Ziekenhuis	Jeroen Bosch Ziekenhuis	Topklinisch	Ja	Nee	Ja	3	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Jeroen Bosch Ziekenhuis	Jeroen Bosch Ziekenhuis - buitenpolikliniek Bommelse Gasthuis	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Jeroen Bosch Ziekenhuis	Jeroen Bosch Ziekenhuis - buitenpolikliniek Liduina	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Jeroen Bosch Ziekenhuis	Jeroen Bosch Ziekenhuis - buitenpolikliniek Nieuwkuijk	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Jeroen Bosch Ziekenhuis	Jeroen Bosch Ziekenhuis - buitenpolikliniek Rosmalen	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Lange Land Ziekenhuis	Lange Land Ziekenhuis	SAZ	Ja	Ja	Ja	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
Lange Land Ziekenhuis	Lange Land Ziekenhuis - buitenpolikliniek LangeLand Parkzoom	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Laurentius Ziekenhuis	Laurentius Ziekenhuis - locatie Roermond	SAZ	Ja	Nee	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Laurentius Ziekenhuis	Laurentius Ziekenhuis - buitenpolikliniek Echt	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)	Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)	UMC	Ja	Ja	Ja	3	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Maasstad Ziekenhuis	Maasstad Ziekenhuis	Topklinisch	Ja	Ja	Ja	3	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Maastricht UMC+	Academisch Ziekenhuis Maastricht	UMC	Ja	Ja	Ja	3	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Maastricht UMC+	Academisch Ziekenhuis Maastricht - azM Herstelzorg Maastricht	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Maastricht UMC+	Academisch Ziekenhuis Maastricht - Medisch Centrum Annadal Maastricht	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Martini Ziekenhuis (Algemeen Christelijk Ziekenhuis Groningen)	Martini Ziekenhuis - locatie van Swieten	Topklinisch	Ja	Nee	Ja	3	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Maxima Medisch Centrum	Maxima Medisch Centrum - locatie Veldhoven	Topklinisch	Ja	Ja	Ja	3	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Maxima Medisch Centrum	Maxima Medisch Centrum - locatie Eindhoven	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
MC Groep (Ijsselmeerziekenhuizen)	MC Groep - locatie MC Zuiderzee	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
MC Groep (Ijsselmeerziekenhuizen)	MC Groep - buitenpolikliniek Urk	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
MC Groep (Ijsselmeerziekenhuizen)	MC Groep - buitenpolikliniek MC Dronten	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
MC Groep (Ijsselmeerziekenhuizen)	MC Groep - MC Emmeloord	Nevenlocatie	Nee	Ja	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Meander Medisch Centrum	Meander Medisch Centrum - locatie Amersfoort	Topklinisch	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
Meander Medisch Centrum	Meander Medisch Centrum - locatie Baarn	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Meander Medisch Centrum	Meander Medisch Centrum - dialysecentrum Harderwijk	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Meander Medisch Centrum	Meander Medisch Centrum - buitenpolikliniek Nijkerk	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Meander Medisch Centrum	Meander Medisch Centrum - buitenpolikliniek Soest	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Meander Medisch Centrum	Meander Medisch Centrum - buitenpolikliniek Barneveld	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
MCA Gemini Groep	Medisch Centrum Alkmaar	Topklinisch	Ja	Nee	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
MCA Gemini Groep	Gemini Ziekenhuis	Nevenlocatie	Ja	Nee	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
MCA Gemini Groep	Gemini Ziekenhuis - buitenpolikliniek Schagen	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Medisch Centrum Amstelveen	Medisch Centrum Amstelveen	Overig Algemeen	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Medisch Centrum Haaglanden / Bronovo-Nebo	Medisch Centrum Haaglanden - locatie Westeinde	Topklinisch	Ja	Nee	Ja	3	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
Medisch Centrum Haaglanden / Bronovo-Nebo	Medisch Centrum Haaglanden - locatie Antoniushove	Nevenlocatie	Ja	Ja	Nee	3	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Medisch Centrum Haaglanden / Bronovo-Nebo	Medisch Centrum Haaglanden - buitenpolikliniek Koninginnegracht	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Medisch Centrum Haaglanden / Bronovo-Nebo	Medisch Centrum Haaglanden - buitenpolikliniek Monster	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee

Concern	Locaties	Type ziekenhuislocatie	Spoeiseinde hulp	Huisartsen-post	Acute Verloskunde	IC-level	Trauma-centrum	OK	Poliklinische OK	Polikliniek	Klinische dagbehandeling	Klinische opname	Cardio-chirurgie	Complexe vaatchirurgie	Complexe oncologische chirurgie
Medisch Centrum Haaglanden / Bronovo-Nebo	Medisch Centrum Haaglanden - buitenpolikliniek Voorschoten	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Medisch Centrum Haaglanden / Bronovo-Nebo	Medisch Centrum Haaglanden - buitenpolikliniek DiabetesZorg Haaglanden	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Medisch Centrum Haaglanden / Bronovo-Nebo	Bronovo-Nebo - Ziekenhuis Bronovo	SAZ	Nee	Nee	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Medisch Centrum Haaglanden / Bronovo-Nebo	Bronovo-Nebo - buitenpolikliniek Kennedylaan	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Medisch Centrum Haaglanden / Bronovo-Nebo	Bronovo-Nebo - buitenpolikliniek Wassenaar	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Medisch Spectrum Twente	Medisch Spectrum Twente	Topklinisch	Ja	Ja	Ja	3	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
Medisch Spectrum Twente	Medisch Spectrum Twente - locatie Ariënsplein	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Medisch Spectrum Twente	Medisch Spectrum Twente - locatie Oldenzaal	Nevenlocatie	Ja	Ja	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Medisch Spectrum Twente	Medisch Spectrum Twente - buitenpolikliniek Haaksbergen	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Medisch Spectrum Twente	Medisch Spectrum Twente - buitenpolikliniek Losser	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Nij Smellinghe - Zorggroep Pasana	Nij Smellinghe	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
Nij Smellinghe - Zorggroep Pasana	De Sionsberg	Nevenlocatie	Ja	Ja	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Ommelander Ziekenhuis Groep	Ommelander Ziekenhuis Groep - locatie Delfzicht	SAZ	Ja	Ja	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Ommelander Ziekenhuis Groep	Ommelander Ziekenhuis Groep - locatie Lucas	Nevenlocatie	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Ommelander Ziekenhuisgroep	Ommelander Ziekenhuis Groep - buitenpolikliniek Veendam	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis - Sint Lucas Andreas Ziekenhuis	Sint Lucas Andreas Ziekenhuis	Nevenlocatie	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis - Sint Lucas Andreas Ziekenhuis	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis - locatie Oosterpark	Topklinisch	Ja	Ja	Ja	3	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis - Sint Lucas Andreas Ziekenhuis	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis - buitenpolikliniek IJburg	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Orbis Medisch Centrum	Orbis Medisch Centrum	Overig Algemeen	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
Orbis Medisch Centrum	Orbis Medisch Centrum - buitenpolikliniek De Eghte	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Pantein	Maasziekenhuis Pantein	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Rijnland Ziekenhuis	Rijnland Ziekenhuis - locatie Leiderdorp	Overig Algemeen	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
Rijnland Ziekenhuis	Rijnland Ziekenhuis - locatie Alphen aan den Rijn	Nevenlocatie	Nee	Ja	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Rijnstate (Alysis Zorggroep)	Rijnstate - locatie Ziekenhuis Rijnstate	Topklinisch	Ja	Nee	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Rijnstate (Alysis Zorggroep)	Rijnstate - buitenpolikliniek Dieren	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Rijnstate (Alysis Zorggroep)	Rijnstate - buitenpolikliniek Zuid	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Rijnstate (Alysis Zorggroep)	Rijnstate - locatie Ziekenhuis Velp	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Rijnstate (Alysis Zorggroep)	Rijnstate - locatie Ziekenhuis Zevenaar	Nevenlocatie	Nee	Ja	Ja	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Rivas Zorggroep (Beatrixziekenhuis)	Rivas Zorggroep - locatie Beatrixziekenhuis	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
Rivas Zorggroep (Beatrixziekenhuis)	Rivas Zorggroep - Lingepolikliniek	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Rode Kruis Ziekenhuis	Rode Kruis Ziekenhuis	SAZ	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
Rode Kruis Ziekenhuis	Rode Kruis Ziekenhuis - buitenpolikliniek Heemskerk	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee

Concern	Locaties	Type zieken- huislocatie	Spoe- deisende hulp	Huisartsen- post	Acute Verloskunde	IC-level	Trauma- centrum	OK	Poliklinische OK	Polikliniek	Klinische dagbehan- deling	Klinische opname	Cardio- chirurgie	Complexe vaatchirurgie	Complexe oncologische chirurgie
Saxenburgh Groep	Saxenburgh Groep - locatie Röpkcke-Zweers Ziekenhuis	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	ja	ja	ja	ja	ja	Nee	Ja	Nee
Saxenburgh Groep	Saxenburgh Groep - dagziekenhuis Aleida Kramer	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	ja	ja	ja	nee	Nee	Nee	Nee
Saxenburgh Groep	Saxenburgh Groep - buitenpolikliniek Ommen	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	nee	ja	nee	nee	Nee	Nee	Nee
Saxenburgh Groep	Saxenburgh Groep - buitenpolikliniek Slagharen	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	nee	ja	nee	nee	Nee	Nee	Nee
Saxenburgh Groep	Saxenburgh Groep - buitenpolikliniek Westhaar	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	nee	ja	nee	nee	Nee	Nee	Nee
Sint Franciscus/Vlietland Groep	Sint Franciscus/Vlietland Groep - locatie Sint Franciscus Gasthuis	Topklinisch	Ja	Ja	Ja	2	Nee	ja	ja	ja	ja	ja	Nee	Ja	Ja
Sint Franciscus/Vlietland Groep	Sint Franciscus/Vlietland Groep - locatie Berkel	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	nee	ja	nee	nee	Nee	Nee	Nee
Sint Franciscus/Vlietland Groep	Sint Franciscus/Vlietland Groep - locatie Schiedam	Nevenlocatie	Ja	Ja	Ja	1	Nee	ja	ja	ja	ja	ja	Ja	Nee	Nee
Sint Franciscus/Vlietland Groep	Sint Franciscus/Vlietland Groep - buitenpolikliniek Maassluis	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	nee	ja	nee	nee	Nee	Nee	Nee
Sint Maartenskliniek	Sint Maartenskliniek - locatie Woerden	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	ja	nee	ja	ja	ja	Nee	Nee	Nee
SJG Weert (St. Jans Gasthuis)	SJG Weert	SAZ	Ja	Nee	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
SJG Weert (St. Jans Gasthuis)	SJG Weert - buitenpolikliniek Budel	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Slingeland Ziekenhuis	Slingeland Ziekenhuis	SAZ	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Slotervaartziekenhuis B.V.	Slotervaartziekenhuis	Overig Algemeen	Ja	Nee	Nee	1	Nee	ja	ja	ja	ja	ja	Nee	Ja	Ja
Spaarne Ziekenhuis	Spaarne Ziekenhuis	Topklinisch	Ja	Ja	Ja	2	Nee	ja	ja	ja	ja	ja	Nee	Ja	Ja
Spaarne Ziekenhuis	Spaarne Ziekenhuis - locatie Heemstede	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	ja	ja	ja	ja	nee	Nee	Nee	Nee
Spaarne Ziekenhuis	Spaarne Ziekenhuis - buitenpolikliniek Hillegom	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	nee	ja	nee	nee	Nee	Nee	Nee
Spaarne Ziekenhuis	Kennemer Gasthuis - locatie noord	Topklinisch	Ja	Ja	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Spaarne Ziekenhuis	Kennemer Gasthuis - locatie zuid	Nevenlocatie	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee
Spijkense Medisch Centrum	Spijkense Medisch Centrum	SAZ	Nee	Ja	Nee	0	Nee	ja	ja	ja	ja	ja	Nee	Nee	Nee
Spijkense Medisch Centrum	Spijkense Medisch Centrum - buitenpolikliniek Hoogvliet	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	nee	ja	nee	nee	Nee	Nee	Nee
Spijkense Medisch Centrum	Spijkense Medisch Centrum - buitenpolikliniek Rozenburg	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	nee	ja	nee	nee	Nee	Nee	Nee
St. Anna Ziekenhuis	St. Anna Ziekenhuis - locatie Geldrop	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	ja	ja	ja	ja	ja	Nee	Ja	Ja
St. Anna Ziekenhuis	St. Anna Ziekenhuis - buitenpolikliniek Eindhoven	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	nee	ja	nee	nee	Nee	Nee	Nee
St. Antonius Ziekenhuis	St. Antonius Ziekenhuis - locatie Nieuwegein	Topklinisch	Ja	Ja	Ja	3	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
St. Antonius Ziekenhuis	St. Antonius Ziekenhuis Utrecht	Nevenlocatie	ja	ja	nee	0	nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
St. Antonius Ziekenhuis	St. Antonius Ziekenhuis - buitenpolikliniek Houten	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
St. Antonius Ziekenhuis	St. Antonius Ziekenhuis - buitenpolikliniek Overvecht	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
St. Jansdal (Christelijk Algemeen Ziekenhuis Noordwest-Veluwe)	St. Jansdal	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
St. Jansdal (Christelijk Algemeen Ziekenhuis Noordwest-Veluwe)	St. Jansdal - buitenpolikliniek Dronten	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
St. Jansdal (Christelijk Algemeen Ziekenhuis Noordwest-Veluwe)	St. Jansdal - buitenpolikliniek Nijkerk	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Stichting Reinier Haga groep	HagaZiekenhuis - locatie Leyweg	Topklinisch	Ja	Ja	Ja	3	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Stichting Reinier Haga groep	HagaZiekenhuis - locatie Juliana	Nevenlocatie	Ja	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Stichting Reinier Haga groep	HagaZiekenhuis - locatie Sportlaan	Nevenlocatie	Nee	Nee	Ja	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Stichting Reinier Haga groep	HagaZiekenhuis - buitenpolikliniek Waringse Veld	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Stichting Reinier Haga groep	Reinier de Graaf ziekenhuis - locatie Delft	Topklinisch	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee

Concern	Locaties	Type ziekenhuislocatie	Spoeiseinde hulp	Huisartsen-post	Acute Verloskunde	IC-level	Trauma-centrum	OK	Poliklinische OK	Polikliniek	Klinische dagbehandeling	Klinische opname	Cardio-chirurgie	Complexe vaatchirurgie	Complexe oncologische chirurgie
Stichting Reinier Haga groep	Reinier de Graaf ziekenhuis - locatie Diaconessenhuis Voorburg	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Stichting Reinier Haga groep	Reinier de Graaf ziekenhuis - buitenpolikliniek Den Haag/Ypenburg	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Stichting Reinier Haga groep	Reinier de Graaf ziekenhuis - buitenpolikliniek Naaldwijk	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Tergooiziekenhuizen	Tergooiziekenhuizen - locatie Hilversum	Overig Algemeen	Ja	Nee	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Tergooiziekenhuizen	Tergooiziekenhuizen - locatie Blaricum	Nevenlocatie	Ja	Ja	Nee	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Tergooiziekenhuizen	Tergooiziekenhuizen - buitenpolikliniek Weesp	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG)	Universitair Medisch Centrum Groningen	UMC	Ja	Nee	Ja	3	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG)	Universitair Medisch Centrum Groningen - locatie Beatrixoord Haren	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Universitair Medisch Centrum St Radboud (UMCN)	Universitair Medisch Centrum St Radboud (UMCN)	UMC	Ja	Nee	Ja	3	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Universitair Medisch Centrum St Radboud (UMCN)	UCCZ Dekkerswald	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Universitair Medisch Centrum Utrecht	Universitair Medisch Centrum Utrecht	UMC	Ja	Nee	Ja	3	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Universitair Medisch Centrum Utrecht	Universitair Medisch Centrum Utrecht - locatie Wilhelmina Kinderziekenhuis	Nevenlocatie	Nee	Nee	Ja	3	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Viecuri Medisch Centrum	Viecuri Medisch Centrum - locatie Venlo	Topklinisch	Ja	Nee	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
VieCuri Medisch Centrum	Viecuri Medisch Centrum - buitenpolikliniek Horst	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Viecuri Medisch Centrum	Viecuri Medisch Centrum - locatie Venray	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
VieCuri Medisch Centrum	Viecuri Medisch Centrum - buitenpolikliniek Peel en Maas	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
VU Medisch Centrum	VU Medisch Centrum	UMC	Ja	Ja	Ja	3	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Waterlandziekenhuis	Waterlandziekenhuis	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Waterlandziekenhuis	Waterlandziekenhuis - behandelcentrum Waterland Oost	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Westfries Gasthuis (Stichting Algemeen Ziekenhuis)	Westfries Gasthuis - locatie Westfriesgasthuis	Overig Algemeen	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Westfries Gasthuis (Stichting Algemeen Ziekenhuis)	Westfries Gasthuis - buitenpolikliniek Enkhuizen	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Westfries Gasthuis (Stichting Algemeen Ziekenhuis)	Westfries Gasthuis - buitenpolikliniek Heerhugowaard	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Wilhelmina Ziekenhuis Assen	Wilhelmina Ziekenhuis Assen	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Wilhelmina Ziekenhuis Assen	Wilhelmina Ziekenhuis Assen - buitenpolikliniek Medisch Centrum Wilhelmina	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Zaans Medisch Centrum	Zaans Medisch Centrum	SAZ	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Zaans Medisch Centrum	Zaans Medisch Centrum - buitenpolikliniek Saendelft	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Ziekenhuis Amstelland	Ziekenhuis Amstelland	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
Ziekenhuis Amstelland	Ziekenhuis Amstelland - buitenpolikliniek Uithoorn	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Ziekenhuis Bernhoven	Ziekenhuis Bernhoven - locatie Uden	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
Ziekenhuis Bernhoven	Ziekenhuis Bernhoven - buitenpolikliniek Oss	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Ziekenhuis Gelderse Vallei	Ziekenhuis Gelderse Vallei	Overig Algemeen	Ja	Ja	Ja	3	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Ziekenhuis Gelderse Vallei	Ziekenhuis Gelderse Vallei - buitenpolikliniek Wageningen	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Ziekenhuis Gelderse Vallei	Ziekenhuis Gelderse Vallei - buitenpolikliniek Barneveld	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Ziekenhuis Gelderse Vallei	Ziekenhuis Gelderse Vallei - buitenpolikliniek Veenendaal	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee

Concern	Locaties	Type zieken- huislocatie	Spoedeisende hulp	Huisartsen- post	Acute Verloskunde	IC-level	Trauma- centrum	OK	Poliklinische OK	Polikliniek	Klinische dagbehandeling	Klinische opname	Cardio- chirurgie	Complexe vaatchirurgie	Complexe oncologische chirurgie
Ziekenhuis Rivierenland	Ziekenhuis Rivierenland	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Ziekenhuis Rivierenland	Ziekenhuis Rivierenland - Barbara buitenpolikliniek	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Ziekenhuis Rivierenland	Ziekenhuis Rivierenland Waterpoort - buitenpolikliniek Beneden Leeuwen	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Ziekenhuisgroep Twente	Ziekenhuisgroep Twente - locatie Almelo	Overig Algemeen	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
Ziekenhuisgroep Twente	Ziekenhuisgroep Twente - buitenpolikliniek Goor	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Ziekenhuisgroep Twente	Ziekenhuisgroep Twente - locatie Hengelo	Nevenlocatie	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
Ziekenhuisgroep Twente	Ziekenhuisgroep Twente - buitenpolikliniek Nijverdal	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Ziekenhuisvoorzieningen Oost-Achterhoek (Streekziekenhuis Koningin Beatrix)	Ziekenhuisvoorzieningen Oost-Achterhoek - Streekziekenhuis Koningin Beatrix	SAZ	Ja	Nee	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
Ziekenhuisvoorzieningen Oost-Achterhoek (Streekziekenhuis Koningin Beatrix)	Ziekenhuisvoorzieningen Oost-Achterhoek - buitenpolikliniek Eibergen	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Ziekenhuisvoorzieningen Oost-Achterhoek (Streekziekenhuis Koningin Beatrix)	Ziekenhuisvoorzieningen Oost-Achterhoek - buitenpolikliniek Groenlo	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Ziekenhuisvoorzieningen Oost-Achterhoek (Streekziekenhuis Koningin Beatrix)	Ziekenhuisvoorzieningen Oost-Achterhoek - buitenpolikliniek Lichtenvoorde	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Zorgcombinatie Noorderboog (Diaconessenhuis Meppel)	Zorgcombinatie Noorderboog - Diaconessenhuis Meppel	SAZ	Ja	Ja	Nee	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
Zorgcombinatie Noorderboog (Diaconessenhuis Meppel)	Zorgcombinatie Noorderboog - buitenpolikliniek Dwingeloo	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Zorgcombinatie Noorderboog (Diaconessenhuis Meppel)	Zorgcombinatie Noorderboog - buitenpolikliniek Ruinen	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Zorgcombinatie Noorderboog (Diaconessenhuis Meppel)	Zorgcombinatie Noorderboog - buitenpolikliniek Steenwijk	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Zorgcombinatie Noorderboog (Diaconessenhuis Meppel)	Zorgcombinatie Noorderboog - buitenpolikliniek Vollenhove	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Zorggroep Leveste Middenveld	Zorggroep Leveste Middenveld - Ziekenhuis Bethesda	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee
Zorggroep Leveste Middenveld	Zorggroep Leveste Middenveld - Scheper Ziekenhuis	Nevenlocatie	Ja	Ja	Ja	2	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Zorggroep Leveste Middenveld	Refaja Ziekenhuis	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Zorggroep Leveste Middenveld	Refaja Ziekenhuis - buitenpolikliniek Veendam	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Zorgpartners Friesland	Medisch Centrum Leeuwarden (Zorgpartners Friesland)	Topklinisch	Ja	Ja	Ja	3	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Zorgpartners Friesland	Medisch Centrum Leeuwarden (Zorgpartners Friesland) - buitenpolikliniek Medisch Centrum Harlingen	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
Zorgpartners Friesland	Tjongerschans Ziekenhuis - locatie Heerenveen	SAZ	Ja	Nee	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Zorgpartners Friesland	Tjongerschans Ziekenhuis - buitenpolikliniek Lemmer	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Zorgsaam Zeeuws-Vlaanderen	ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen	ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen - locatie Antonius	Nevenlocatie	Nee	Ja	Nee	0	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen	ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen - buitenpolikliniek Liduina	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen	ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen - kliniek Hulst	Nevenlocatie	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee
Zuwe Hofpoort Ziekenhuis	Zuwe Hofpoort Ziekenhuis	SAZ	Ja	Ja	Ja	1	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Zuwe Hofpoort Ziekenhuis	Zuwe Hofpoort Ziekenhuis - buitenpolikliniek Zorgpoort Leidsche Rijn	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Zuwe Hofpoort Ziekenhuis	Zuwe Hofpoort Ziekenhuis - buitenpolikliniek Mijdrecht	Buitenpolikliniek	Nee	Nee	Nee	0	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee

KPMG Gezondheidszorg

KPMG Gezondheidszorg helpt klanten in de zorgsector succesvol om te gaan met uitdagingen en veranderingen zoals veranderende wet- en regelgeving, druk op kosten en transparantie in kwaliteit, uitdagingen op het gebied van IT en e-health, en nieuwe samenwerkingsverbanden en veranderende taakverdeling tussen de verschillende partijen. Daarbij staat onze ambitie om de zorg beter te maken en meetbare waardeverbetering te creëren voor de patiënt centraal. Alle bij KPMG Nederland aanwezige kennis en kunde op het gebied van de gezondheidszorg is gebundeld in KPMG Gezondheidszorg. Hieronder vallen onder andere audit, risk consulting en corporate finance, maar ook management consulting, IT en belastingadvies.

Auteurs

Linde Jacobs
Marieke van de Kerkhof
Malcolm Lowe-Lauri
Anna van Poucke
Marlies Prins
Ferdinand Veenman

Voor vragen over de inhoud van deze rapportage:

T: (020) 301 0800

E: samenwerkenindezorg@kpmg.nl

Contact

Advisory, KPMG Plexus

[Anna van Poucke](#)

Partner

E: VanPoucke.Anna@kpmg.nl

T: (020) 301 0800

Advisory, KPMG Corporate Finance

[Ferdinand Veenman](#)

Partner

E: Veenman.Ferdinand@kpmg.nl

T: (020) 656 8586

Audit

[Mariska van de Luur](#)

Partner

E: VandeLuur.Mariska@kpmg.nl

T: (020) 656 7750

Tax, Meijburg & Co belastingadviseurs

[Wim van Welsem](#)

Partner

E: VanWelsem.Wim@kpmg.nl

T: (038) 467 4957

De in dit document vervatte informatie is van algemene aard en is niet toegespitst op de specifieke omstandigheden van een bepaalde persoon of entiteit. Wij streven ernaar juiste en tijdige informatie te verstrekken. Wij kunnen echter geen garantie geven dat dergelijke informatie op de datum waarop zij wordt ontvangen nog juist is of in de toekomst blijft. Daarom adviseren wij u op grond van deze informatie geen beslissingen te nemen behoudens op grond van advies van deskundigen na een grondig onderzoek van de desbetreffende situatie.

© 2015 KPMG N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 34153857, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.